

15
1020



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad Nacional de Odontología

Malos Hábitos Orales del Niño y su Tratamiento

TESIS

Que para su examen profesional de

CIRUJANO DENTISTA

Presenta

Cleofas Raúl Torres Contreras

MEXICO

1979

15377



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

INTRODUCCION.....

CAPITULO I

MALOS HABITOS DE LA CAVIDAD ORAL.....I
RESULTADO DE LOS MALOS HABITOS.....5
MALOS HABITOS ORALES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS.....8
EL REFLEJO DE CHUPAR.....10
HABITOS NO COMPULSIVOS.....13
CHUPETEO COMPULSIVOS.....14
APLICACIONES INTRAORALES.....17
ENREJADOS.....19
EFECTOS DE CHUPARSE EL PULGAR U OTRO DEDO.....20
SUCCION LABIOS.....22
EMPUJE DE LA LENGUA24
ONICOFAGIA.....26
HABITOS POSTURALES.....27
RESPIRADORES BUCALES.....29
LA PANTALLA ORAL.....31
BRUXISMO.....36

CAPITULO II

CONSIDERACIONES GENERALES.....	41
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA	52

INTRODUCCION

Sin duda, uno de los temas más emocionantes, dentro de los muchos que existen en la ortodontia, es el que se refiere a los malos hábitos de la cavidad oral. El conocimiento del problema de los hábitos orales en los niños es de importancia primordial para el Cirujano Dentista. Dada la frecuencia con que se presenta en la practica profesional, estos derivan de diversos factores que desembocan frecuentemente en alteraciones anatómicas, deformaciones estéticas y conflictos psicológicos que repercutiran en un crecimiento poco saludable manifestada en la boca por las deformaciones bucodentarias que la persistencia del hábito que lo ocasiona.

La conducta a seguir en el tratamiento de cualquier hábito deberá ser tomada en cuenta la integridad del niño, no concretarnos solamente a eliminar el hábito sin prestar atención a los problemas emocionales que presenta. Esto se observa frecuentemente en los niños cuando al eliminar un hábito adoptan algún otro que les proporcione una satisfacción similar a la que han perdido.

Por lo tanto trata de hacer una exposición no profunda dada a mi poca experiencia, pero sí de los conocimientos que el Cirujano Dentista debe tener sobre la comprensión de los factores que llevan al niño a la iniciación de un mal hábito oral y la actitud que hay que adoptar para la eliminac-

ción del factor principal que generalmente es de índole psicológico.

Que sirva este pequeño trabajo para hacer notar la importancia de diagnosticar a tiempo la presencia de los hábitos orales en el niño y así evitar trastornos de mayor importancia.

C A P I T U L O

I

MALOS HABITOS DE LA CAVIDAD ORAL Y SU TRATAMIENTO

Cada ser es un conjunto de hábitos, desechables unos, que conservan tiempo y energía, otros perniciosos, son los que tienden a perturbar la función normal o a deformarla. Es cierto que los hábitos perniciosos pueden ser los causantes de grandes maloclusiones, siendo en particular los hábitos correctivos grandes aliados.

Un hábito es una práctica fija, producida por el constante repetir de un acto. A cada repetición el hábito se vuelve menos consciente, si éste es repetido con frecuencia, puede pasar a estar bajo el dominio del subconsciente. El común hábito de vestirse, para el niño que lo está aprendiendo, es un procedimiento dificultoso, requiere de un esfuerzo consciente de su parte para hacerlo, mientras que el adulto lo hace ocupando su mente en otros problemas. El hábito en estas condiciones se vuelve un modelo mental inconsciente. Los hábitos de importancia que son capaces de deformar las arcadas dentarias son: la succión anormal, mordisqueo de los labios, respiración bucal, empuje anormal de la lengua, chupeteo de los labios,

bruxismo y posiciones incorrectas de la mandíbula. Los actos infantiles resultantes en modelos mentales inconscientes, parecen proceder de cinco fuentes principales: instinto, insuficiente o incorrecto, uso de la energía, dolor o incomodidad, trauma físico anormal de las partes en cuestión, imitación de alguna cosa o imposición de los padres u otros.

Uno de los principales instintos del ser es la succión. Levy (1937), declara que todos los hábitos anormales de succión provienen de la insuficiente succión del pecho o mamadera; mientras que Johnson 1932, atribuye el chupeteo y otros hábitos asociados (morderse los labios, uñas, lengua, etc.), al hambre y falta de estimulación u oportunidad para movimientos o manipulaciones progresivas. Para aumentar el tiempo de la succión, Levy aconseja el uso de la tetera con agujero fino para la mamadera. Johnson aconseja un registro cuidadoso del tiempo para la alimentación de manera que los períodos de hambre no sean prolongados.

Para permitir movimientos y manipulaciones progresivas, recomienda superficies duras (colchones firmes planos y corchitos con un altavoz que no sea lisa), que ofrezcan resistencia, estímulo hábil y sereno-

nes, rodaduras, pateo y tirones. Objetivos que sean estables y se afirmen al suelo bien para resistir los ataques de fuerza del infante, para que estimulen al niño a trepar, mantener el equilibrio y experimentar con el movimiento, proveen saludable actividad todo este tipo de acciones. Aun las actividades aumentadas debido a hambre, pueden ser utilizadas en esta forma. Cuando al niño le estorba el vestido o es colocado sobre camas y almohadas blandas, durante sus períodos de actividad, o es provisto de delicados e inestables corralitos, las mayores actividades musculares son restringidas. La compensación se encuentra en el dedo fácilmente accesible.

Por lo tanto proveer al niño los medios para que se encuentre activo y ocupado, colocando objetos en la mano del niño, colgarlos a una distancia adecuada para que él los pueda alcanzar observar y mirar, suelen ser buenas actividades substitutivas.

Dolor e incomodidad, especialmente los debidos a trastornos de tipo nutritivo, pueden producir cualquiera de los malos hábitos antes mencionados, pero aquellos como el de descolgar la mandíbula hacia adelante y posturas incorrectas durante el sueño, son de especial interés.

El mal hábito mandibular es directamente resultante del dolor, pero el establecimiento del mal hábito de dormir sobre el estómago, es inducido porque los padres colocan al niño en esa posición, para ayudar la eliminación del dolor, dormir sobre el estómago arroja considerable fuerza sobre la cara, además el niño coloca a menudo su antebrazo o mano por debajo de su cara o cabeza como apoyo, ejerciendo de esta forma una presión adicional indebida. Una dieta adecuada en el infante, prevendrá los malos hábitos resultantes de esta fuente. Para evitar malas posturas durante el sueño, debe enseñarse al niño a dormir en varias posiciones y darle vueltas ocasionalmente, si es que tiende a quedarse durante mucho tiempo en una de ellas.

Un colchón firme le permitira cambiar de posición más fácilmente, la mano o brazo deben de retirarse de debajo de la cabeza, si se encuentran ahí, y si constantemente vuelven a esa posición debe usarse por un tiempo un tipo de cobertor que le cubre las manos dándole cierta facilidad de movimientos a éstas, pero dentro de él sin poderlas sacar, para así evitar que sean llevadas a la cabeza.

Aumento de volumen de amígdalas, adenoides o len-

gna, pueden causar obstrucciones a la correcta respiración, dando por resultado la necesidad de tener la lengua hacia adelante, entre los dientes, o contra ciertas piezas dentarias anteriores al tragar, o la protusión de la mandíbula, para hacer más lugar en la faringe oral. En tales casos es aconsejable eliminar amígdalas crecidas o adenoides antes de que se formen hábitos incorrectos.

RESULTADO DE LOS MALOS HABITOS

Si los malos hábitos no son evitados, la maloclusión o deformidad facial pueden ser producidos por la interferencia de las fuerzas de presión normales y la producción de anormales. Desde que mecánicamente las piezas dentarias son movidas a posiciones deseadas por ligeros estímulos de presión, se deduce que los estímulos de presión producidos por los malos hábitos pueden producir deformaciones. El tipo de deformación que un hábito específico ha producido o puede producir, se determina observando el acto y la dirección de las presiones. Por ejemplo; si la lengua es sólo mantenida entre los dientes, evitará la erupción y resultará una mordida abierta, pero si es forzada contra las piezas anteriores al tragar, el resultado será protusión como también mordida abierta. Lo mismo de la succión del

labio inferior puede resultar una protusión de la región frontal superior e inclinación lingual de los inferiores, mientras que de la succión del labio superior resultará a la inversa.

Desgraciadamente, por el tiempo en que el niño visita al odontólogo, ciertos hábitos perniciosos están a menudo definitivamente establecidos, so será hasta que los padres lleguen a comprender el efecto de los malos hábitos en la cara, que presten mayor atención a la prevención, el trabajo del odontólogo, es el de incluir medios artificiales, para quebrar o prevenir los malos hábitos.

Ya que el hábito es una norma mental inconsciente, sólo parece razonable que el uso de un dispositivo correcto recuerde el mal hábito, que realice la norma, haciendo el acto imposible o ineffectivo, y aunque el procedimiento ideal es apelar al ego, este último es el que tiene mayor posibilidad de triunfar. Para cambiar una norma mental, la realización del mal hábito debe de ser frustrada en cada intento, en lugar de intermitentemente, como sucede con muchos dispositivos o métodos, por lo tanto en los malos hábitos que se presentan a tal tratamiento, el dispositivo correcto debe de estar siempre presente, sin embargo

debe ser poco visible, y exento de objeciones como sea posible, y si no se obtienen resultados en un período experimental razonable, descartarlo.

Estos aparatos pueden ser una arma de dos filos, deben de ser usados con mucha cordura, teniendo pendiente los factores psicológicos que de hecho influyen o pueden hacerlo en forma directa a este respecto, este punto será tratado con más extensión adelante, puesto que es de importancia capital.

Es difícil aconsejar algo sobre malos hábitos pues surgen conflictos con diferentes puntos de vista, como lo es entre el psiquiatra y el ortodoncista, si se debe de tener en cuenta que si un mal hábito no es descontinuado, tanto la injuria psíquica como la que cause la deformación en la boca, pueden ser grandes.

Forzar a un niño a quebrar un mal hábito, por el método arbitrario de darles castigos es malo, de cualquier forma. Si es que el niño quiere cortar el mal hábito, cuando él o ella comprenden que es factor determinante para la corrección de los dientes, algo puede hacerse para ayudarles. Un aparato colocado en la boca, con el único objeto de recordar al paciente que está realizando su acto, puesto que como ya menciono

namos, el hábito es una acción inconsciente. Estos aparatos generalmente son unos protectores de alambre, que se extienden ya sea en una plaquita removible o en un arco lingual sujeto con bandas, tiene éxito en algunos casos y en otros no, aun con el consentimiento del paciente, en los casos no exitosos, el niño puede volverse irritable y nervioso y en ocasiones el paciente puede aferrarse a un mal hábito aún menos aceptable que el anterior.

El dentista de practica general, debe incluir una recomendación para que deje al ortodencista y al psiquiatra llevar a cabo su trabajo correctivo, cada cual desde su punto de vista, sin que el intervenga. La razón de esto puede ser expresada en la siguiente forma, valiéndose de otra situación dental. Si un cirujano tiene dificultades para extraer una pieza, el paciente sabe que es por la extracción de esa pieza es difícil, pero si a un práctico general se le presenta el mismo problema, el paciente no se inclinaria por culpar a su pieza dentaria.

KALOS HABITOS ORALES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS

Los niños pueden adquirir malos hábitos que pueden perjudicar, ya sea de manera temporal o permanente

a las piezas, a las arcadas y a los tejidos de soporte, por su frecuencia, se pueden mencionar el chupeteo del pulgar u otro dedo en primer lugar, y en menor grado de incidencia, el empuje de la lengua, morderse las mejillas, labios y uñas, respiradores bucales, malos hábitos debido a posturas incorrectas y a un cierto tipo de chiflidos en los que la lengua es empujada contra las piezas superiores anteriores, pero este último está en poca posibilidad de provocar desplazamiento de dientes y alteraciones en los tejidos blandos. Generalmente la mayoría de los hábitos pasan desapercibidos o son considerados como de poca importancia por parte de los padres, aunque con bastante frecuencia son culpables de este problema. El hábito de chuparse el pulgar por ejemplo, puede ser causa de enojo y de ansiedad de los padres que notan que ese hábito persiste en su niño. En muchos casos son los posibles culpables de que se produzca una maloclusión, aunque suele ser común que lo insalubre del acto, o porque chuparse el pulgar o cualquier otro dedo no es socialmente bien visto, los padres pueden sentirse incómodos al observar que su niño está en edad escolar y que se chupa el pulgar mientras que los niños que están a su alrededor no lo hacen. En estos casos los padres están más preocupados por sus prejuicios que por el bienestar de sus

hijos.

Los padres, al tratar este problema, suelen seguir un patrón definido. Al principio, disgustados tratan de quitar el mal hábito poniendo en vergüenza al niño; si esto no resulta, entonces imponen castigos, los que sólo dan resultados negativos. Debido a la efectiva publicidad de la profesión dental, entre la relación de chuparse el pulgar y las maloclusiones, y porque el chupeteo del pulgar envuelve a los tejidos orales, el dentista es con frecuencia solicitado para dar consejos y guía. Cuando los padres buscan esta información de malos hábitos de la cavidad oral, esperan un dentista que debe estar altamente capacitado para responder a las preguntas inteligentemente, y que esté en posibilidad de dar consejo y soluciones al problema.

EL REFLEJO DE CHUPAR

Una de las primeras áreas del cuerpo humano en desarrollar su función neuro-muscular, es el área de la boca, al nacer el niño trae la innata condición de saber mamar, aun antes del nacimiento, ciertas contracciones orales han sido observadas en el feto por medio de la fluoroscopia. La habilidad de saber mamar es una condición de propia preservación, por falta de la posibilidad de tomar los alimentos en forma líquida, el niño

pronto moriría de inanición. Desde que el bebé puede más pronto masticar y no digerir los alimentos sólidos, el mamar los líquidos se vuelve lo más importante para su existencia. Esta posibilidad de mamar ocurre antes de que otros controles musculares sean bien coordinados.

El bebé sabe mamar aun antes de que pueda ver o localizar sonidos; cuando al joven infante se le dan juguetes para su entretenimiento, él no los observa o trata de ver si es que hacen ruidos, al contrario, los levanta con la mano y se los lleva a la boca, y por medio de estarlos chupando puede lograr una mejor percepción sensorial de la que lograría mediante la vista o el sonido. El bebé pronto aprende que por medio de la condición de mamar es como llega la comida, con la lógica resultante de sentir un estomago lleno y un deseo de dormir. Cuando el pecho o botella no están a su alcance, el infante aprende que puede lograr la misma satisfacción y placer, aunque no obstante sea de naturaleza temporal, en chuparse los dedos. Esto es lógico, por lo tanto el niño se chupa el dedo como una experiencia agradable, y en realidad en el área de la boca es donde primero aparece el placer de la satisfacción.

Se puede considerar que casi el ciento por ciento de los infantes, son chupadores de dedos o de pulgar, o bien que se chupan algún otro substituto ofrecido por los padres. Está siendo recomendado por los pediatras, para satisfacer la urgencia, de chuparse el dedo, y es considerado como una función normal, que no debe de molestar a los padres hasta llegar a una edad en que la razón indique que se ha convertido en mal hábito. Los investigadores no se han puesto de acuerdo respecto a qué edad debe de cesar el chupeteo, y a qué edad el mal hábito debe ser considerado deformante puesto que está actuando en forma deprimente para el bienestar del niño. La edad cronológica no debe de ser la fundamental para decidir a este respecto, sino que se debe considerar la edad física y mental del niño, los juegos emocionales, crecerán gradualmente fuera del hábito, como una necesidad de continuidad disminutiva. Alguna vez durante la edad pre-escolar, el hábito puede ir desapareciendo gradualmente. A una edad adecuada el desso de confort para el modo de necesidad, para esta placentera experiencia, y el placer de otras, tomarán el lugar del mal hábito de chupar el pulgar u otro dedo, es entonces cuando el hábito generalmente desaparece. Un maestro, de primer año, manifestó que cerca del 70% de los alumnos de su

clase eran chupadores de dedo, si esto es así, entonces el deseo de confort puede desafortunadamente motivar que el niño continúe siendo un chupador de dedo.

HABITOS NO COMPULSIVOS

Los hábitos que denotan placer, no son emocionalmente impedidos y en general no son dañosos para el individuo hasta producir manifestaciones de ansiedad. Tales hábitos son inducidos en todos, adultos, jóvenes y niños, entonces si el individuo está bien ajustado puede tender a resolver sus dificultades por medio de ponerse a rascar la cabeza, como también pensando en el problema. El estudiante de Odontología que está escuchando una conferencia aburrida, divaga haciendo algo en una hoja de su cuaderno de notas, mientras que con la otra mano puede estar acariciando fraternalmente una llave o quitándose y poniéndose los lentes, sin ninguna razón aparente. Estos son hábitos inocuos, ellos substituyen la tensión cuando el estudiante no puede estar jugando base-ball, el pescador tratando de pescar trucha, o el bebé hambriento, que no está siendo alimentado o arrullado para dormir, todos estos hábitos inocuos, son tensiones normales substituidas, que son necesarias como un calmante para el individuo, y si éste es muy rico emocionalmente, no debe

de ser considerado seriamente por los padres.

CHUPETEO COMPULSIVO

Ocasionalmente vemos a un niño que se chupa un dedo o su pulgar después de la edad escolar, el dedo o su pulgar están en su boca muchas veces durante el día y lo chupa con gran fuerza y vigor, estando pendiente de las circunstancias que lo rodean y en compañía de quien esté. Estos son los chupadores compulsivos y continúa durante la edad escolar, en el que el placer de chuparse el pulgar ya no existe, se puede decir que el chupeteo satisface una necesidad definida, que puede inclusive haberse presentado por la frustración en el presente o en el pasado. Al infante que le es continuamente negada la botella cuando está hambriento, o recibe insuficiente comida cuando la necesita, puede continuar chupándose el dedo o el pulgar en orden compulsivo para satisfacer sus necesidades instintivas de alimentación. Ese niño que es continuamente castigado por chuparse el dedo puede desenvolver una fijación en este dedo, como una idea de regreso a sus experiencias pasadas. Estos hábitos expresan una necesidad emocional. Si la edad escolar induce a este mismo hábito de una manera compulsiva, esto puede indicar la necesidad de algo emocional.

El niño negligente o rebelde de 7 u 8 años que no se sociabiliza bien, encuentra en su dedo la consola-
ción tan necesaria como calmante para la soledad. Si un niño no puede estar en paz con otros de su misma edad, aun mental y físicamente iguales, está en la posi-
bilidad de sentirse frustrado o inadecuado y busca confort en una subconsciente regresión, esto es una válvula segura para enfrentarse a dificultades emocionales. Cualquiera que sea la forma o la razón para una regre-
sión compulsiva, tanto el niño como los padres están necesitados de ayuda y consejo.

En una situación tal como la de chupeteo compulsivo del pulgar u otro dedo, el psiquiatra puede ofrecer una ayuda invalorable. Los dentistas que observan estos malos hábitos regresivos en niños de edad escolar, no deben sugerir que la ayuda del psiquiatra es innecesaria. No hace muchos años que sólo sugerirlo, traía consigo horror de parte de los padres, pues el psiquiatra sólo estaba considerado necesario para indi-
psicópatas. Ahora nos estamos dando cuenta de que los padres no suelen saber todo lo que debieran acerca de crear emocionalmente bien ajustado al niño y frecuentemente un consejo profesional de una naturaleza correctiva o preventiva, pueden salvar de futuros trastornos

mentales la vida del niño.

El dentista no es psiquiatra y no debe de hacer diagnósticos psiquiátricos, puede ayudar a identificar algunas causas obvias de regresión en niños. El niño de edad escolar que aún continúa chupándose el dedo en forma compulsiva, está usando esta regresión como un escape subconsciente de la realidad y este chupeteo de mostrará una inmadurez emocional y necesidad de ayuda.

Los padres suelen tomar sobre su propia responsa bilidad el romper el mal hábito de chuparse el dedo, por medio de la fuerza y el castigo, lo único que lo- gran es que el mal hábito se arraigue más profundamen- te y que en vez de destruirle se estimula. El niño continúa chupándose el dedo con más ardor, pero en vez de hacerlo abiertamente, se esconde en una esquina, desarrollando sentimientos de culpabilidad, que se adicionan a su ya complicado desenvolvimiento emocional. Está perfectamente establecido que aun forzando la su- presión de un mal hábito emocionalmente necesario, el niño frecuentemente desarrolla otro, tics y procederes erróneos observados en adultos y niños, los cuales pue den ser resultados de una supresión temprana de otro mal hábito que fue más benigno.

Un mal hábito como el de chuparse el pulgar puede

ser consistentemente roto sin dejar lugar a dudas, si es que el niño quiere romper el hábito. Un chupador de dedo insulgente es sólo porque ha pasado a ser un patrón y los reflejos no compulsivos son los más fáciles de romper, por lo que la mayoría de las sugerencias para hacer esto resultarán exitosas.

Los niños generalmente combinan sus malos hábitos, tales como chuparse el pulgar y jalarse los pelos, chuparse los dedos y tocarse la nariz, frecuentemente el chupeteo del pulgar puede ser roto haciendo el acto secundario imposible de realizar.

Poner sustancias amargas o picosas en los dedos interesados o inmovilizar el brazo con un collar de cuero por medio del cual no pueden flexionarlo, o bien poniendo cubiertas sobre el dedo, pueden romper el mal hábito pero una vez que estos métodos son retirados, el niño reincide en el hábito original, y como mencionamos antes existe la posibilidad que desaparezca el hábito inicial, pero que aparezca uno más dañino.

APLICACIONES INTRAORALES PARA ROMPER EL MAL HABITO DE CHUPARSE EL DEDO

Existen muchos tipos de aparatos que pueden ser usados en la boca, tales como enrejados o rastrillos,

los rastrillos pueden producir disturbios emocionales más difíciles y costosos de curar, que el de desplazar una o varias piezas dentarias. Por lo tanto deben de ser usados sólo cuando el niño desee por sí solo vencer al mal hábito, algunos paidodontistas, claman por el uso rutinario de estos artefactos, en todos los casos de chuparse los dedos, y al decir según ellos exitosos en todos los casos. Tales hechos requieren un escrutinio cuidadoso a la luz de nuestros actuales conocimientos. Si un niño decide romper su mal hábito, pero no lo puede hacer por sí solo, la aplicación de aparatos intraorales, logran su objetivo con éxito, especialmente el del chupadado, en el que más que un hábito es una actitud compulsiva regresiva, de cualquier forma uno debe de estar completamente convencido de que el niño lo está, sobre su mal hábito y que lo quiere romper, un niño no querrá romper su hábito si no lo logra comprender por qué debe hacerlo.

Son muchos los artefactos de que se puede uno valer para que el niño no se chupe el dedo, como guantes, drogas desagradables, pero que no son muy comunes y poco recomendables, pero un recordador más higiénico, constante y que interfiera en forma efectiva con el hábito resulta inefectivo. El tratamiento de chuparse

el dedo en cada niño, pasa a ser un problema individual, y por lo tanto debe de ser tratado sobre bases individuales, no se pueden hacer reglas que gobiernen a todos los niños.

ENREJADOS

Para romper el mal hábito de chuparse el dedo, pueden ser utilizados enrejados metálicos de tipo fijo o removible. El enrejado removible construido de metal y resina acrílica, son satisfactorios para pacientes que necesitan de un recordador suave, para romper con el mal hábito y que está dispuesto a cooperar ampliamente. Los aparatos fijos son usados por que no pueden ser removidos por un chupado de tipo enojón y frustrado, por lo tanto los aparatos de este tipo de pacientes deberá sólo ser usado después de consultar al psiquiatra.

Existen varios modelos fijos con enrejados, pero en general consisten de bandas en los molares superiores posteriores, en las cuales está sujeto un arco de alambre por medio de aditamentos posteriores redondos de medio tubo, en la parte anterior del arco, barras de alambre que van soldadas a través del paladar, unidas a ambos lados del arco lingual.

El número de barras soldadas depende del arco

específico y de acuerdo con la preferencia del odontólogo.

La razón de usar estos enrejados es:

- 1º Para romper la succión y forzar al segmento anterior.
- 2º Para distribuir correctamente la presión a los dientes posteriores.
- 3º Para recordar al paciente que está haciendo su mal hábito.
- 4º Para realizar el mal hábito implacentero al paciente.

Las aplicaciones removibles pueden ser construidas de forma parecida por medio de ganchos retenedores, con topes y barras extendidas en el lugar donde se aplica el dedo.

Los rastrillos son una aplicación más severa, y es un enrejado convencional, con una especie de púas o espinas que van proyectadas de la barra hacia el paladar, las púas desaniman o bien vuelven implacentero y tortuoso al hábito, por lo bárbaro que resulta este procedimiento debe de ser completamente desechado y no usarlo nunca.

EFFECTOS DE CHUPARSE EL PULGAR U OTRO DEDO

Existen varias opiniones sobre el deterioro que

causa chuparse el dedo o pulgar y no se está completamente de acuerdo, hasta en qué edad cuando se deja el mal hábito es todavía posible una auto-regresión. El peso de la evidencia indica que si el mal hábito es cortado antes que hagan erupción las piezas dentarias permanentes, los efectos son generalmente auto-correctivos, cuando el mal hábito continúa durante la erupción de los incisivos permanentes y después, los efectos son casi siempre dañinos. La severidad del desplazamiento dependerá de la fuerza y persistencia del hábito.

El chuparse el pulgar u otro dedo tienden a labializar a las piezas anteriores superiores y lingualizar a los anteriores inferiores. El chuparse el dedo, deja una marcada mordida abierta. Por la protrusión en que se encuentran los incisivos, existe una predisposición a una posible fractura accidental. En tales casos la mordida abierta puede producir un empuje de lengua y dificultades en la fonación, parece ser que no hay deformidades en los molares; Ruttle y sus colaboradores han demostrado que: el arco se ensancha a nivel de los primeros molares temporales y los primeros molares permanentes de la mandíbula, y que esto es similar o casi igual entre los niños sin el mal hábito y los chupadores.

Las diferencias se aproximan más a un significado estético, con la duda de que si sirve esto, clínicamente no existen diferencias apreciables en arcos ensanchados en las arcadas maxilares.

Sillman ha demostrado que no hay desplazamiento distal mayor de la mandíbula entre chupadedos y otros niños, por lo tanto la distorsión parece afectar sólo a las piezas dentarias anteriores.

OTROS MALOS HABITOS

Los malos hábitos de succión no sólo son los de chuparse los dedos, sino que pueden ser otros tejidos, tales como la mejilla, lengua o labios, y éstos son frecuentes que aparezcan después de quitar el dedo.

SUCCION LABIOS

Chuparse o morderse los labios puede producir el mismo desplazamiento del segmento anterior, que el que produce el chuparse el dedo sobre todo, este mal hábito ocurre en la edad escolar, por lo que apelando al buen juicio y cooperación del niño, puede uno lograr que desaparezca. El dentista puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales, tales como extender el labio inferior sobre los incisivos superiores, y desplazando el inferior, forzándolo sobre los superiores. El tocar

instrumentos de aire metálicos, ayuda a darle fuerza a los músculos de los labios, y ejercer presión en la dirección correcta sobre las piezas dentarias anteriores superiores también es satisfactorio.

Los efectos producidos por este hábito son:

- a) Protusión de los incisivos superiores.
- b) Supraoclusión y apiñamiento de los incisivos inferiores.
- c) Sobreentrecruzamiento vertical u horizontal.

El Dr. Strang recomienda un ejercicio muscular cuando el labio se encuentra hipotónico, que ayuda en este caso a eliminar el hábito, y a corregir en parte la protusión.

El ejercicio consiste en:

- 1.- Posición habitual con los incisivos protuidos.
- 2.- Extender el labio superior para aumentar la tonicidad, y efectuar una fuerte contacción forzada, mientras el paciente cuenta hasta veinte luego se deja descansar el labio.
- 3.- Repetir diez veces la operación.
- 4.- El número de contracciones aumenta cada día hasta llegar a veinte.
- 5.- El ejercicio se efectúa por lo menos tres veces como el niño lo desee.

Es de gran importancia en la eliminación de este

hábito aquí describiré brevemente el usado por el Dr. Graber.

- 1.- Se construyen dos bandas en los primeros molares inferiores directamente en la boca.
- 2.- Tomamos una impresión y hacemos un vaciado en yeso.
- 3.- Construimos un arco labial de alambre del .9 y soldamos porciones de alambre en la zona anterior para retención del acrílico. Soldamos el arco sobre la cara labial de las bandas con soldadura de plata y colocamos acrílico de autopolimerización sobre las retenciones, tanto como sea necesario para impedir que el niño pueda morder el labio con facilidad.
- 4.- Una vez terminado se cementa en la boca, aproximadamente será suficiente un mes de uso para la erradicación del hábito.

EMPUJE DE LA LENGUA

El empuje de la lengua es comúnmente observado en niños con mordida abierta y con los incisivos superiores en protrusión. De cualquier forma no se sabe si es que el empuje produce la mordida abierta o si la mordida abierta induce al niño a empujar la lengua hacia adelante, en el espacio que queda formado entre los dientes superiores e inferiores. Puesto que el empuje

envuelve sólo a los músculos de la lengua, el tono de los músculos de los labios y mentón no están afectados, pero en cambio pueden estar estimulados. Como en el caso de chuparse el pulgar el empuje de la lengua produce la protrusión y la labioversión de los incisivos maxilares, después puede presentarse una depresión de los incisivos inferiores con marcada mordida abierta y tartamudeo. En el diagnóstico de una mordida abierta anterior, el dentista frecuentemente se sobrepreocupa con el chuparse el pulgar, y se olvida notar si existe un mal hábito de lengua o un agrandamiento de la misma, que puede ser tan importante para que se forme una mordida abierta y una protrusión de las piezas dentarias, como lo es chuparse el dedo.

El tratamiento para el empuje de la lengua es entrenar al niño a mantener la lengua en una posición correcta durante los movimientos de deglución. Esto será difícil de llevar a cabo si es que el niño no tiene edad suficiente para cooperar. Ejercicios músculo-funcionales como para limitar el efecto de chuparse el pulgar, pueden ser usados para traer a los incisivos a su posición correcta, un niño mayor que ya se preocupa sobre su apariencia y sobre su correcta pronunciación, puede ser instruido para que coloque su lengua en la parte anterior de la arruga del paladar,

y tragar con la lengua en posición correcta. Un enrejado vertical puede ser construido, en forma similar al sugerido para prevenir el chuparse el pulgar, excepto que las barras palatinas son soldadas en una posición horizontal, extendiéndose hacia abajo del paladar, para de este modo prevenir el desplazamiento de la lengua.

ONICOFAGIA (Morderse las uñas)

Este es un mal hábito que suele aparecer después de dejar el chupeteo del dedo, frecuentemente el niño ya va de chuparse el pulgar a morderse las uñas. En un estudio hecho por la Fuerza Aérea de los Estados Unidos de Norte-américa, se vio que un 80% de su gente fueron o son aún mordedores de uñas. Este no es considerado como un hábito pernicioso y no ayuda a formar maloclusiones, puesto que la fuerza aplicada en morderse las uñas que acumulan tierra bajo las uñas, se les nota una marcada atrición en los dientes anteriores inferiores. El morderse las uñas debe ser considerado como un calmante normal de tensiones, pero es posible que los padres lo vean como una cuestión no bien aceptada socialmente. Uno debe recordar que lo mismo se solía pensar de las mujeres que fumaban hace algunos

años. Un hábito de conducta en general, no debe de ser considerado como malo, a menos que haga daño ya sea psíquica o moralmente al niño, o a los que se encuentran a su alrededor. Conforme el niño aumenta en edad y entra en la adolescencia, substituye estos malos hábitos por mascar chicle, fumar, morder plumas o borradores, morderse los carrillos, labios y lengua, que pueden ser utilizados como substituto del dedo, al cualquier edad como su propio pacificador.

HABITOS POSTURALES

Los hábitos posturales, que pueden producir maloclusiones son raros, y deben de ser diagnosticados y tratados por el ortodoncista cada cual sobre bases individuales.

HABITOS DE POSICION

La postura es considerada como la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y como tal, un hábito susceptible a cambios y correcciones. Los hábitos de posición han sido citados también como causas de maloclusiones.

Stallard ha demostrado que del 11 al 20% de las distooclusiones son producidas por posturas impropias

durante el sueño con la intervención de la almohada, como elemento de cooperación para la influencia ejercida de manera indebida por presiones sobre la cara.

Las deformaciones oblicuas como el aplanamiento del cráneo y asimetría facial, suelen establecerse durante el primer año de vida por la costumbre del niño de adaptar la posición decúbito supino con la cabeza vuelta a la derecha o izquierda. También influye en esto el hecho de que el pequeño duerma efectuando presiones sobre la cara o la posición adoptada en la escuela al escribir o escuchar; el resultado será alteraciones maxilares variables según la duración y prolongación de la causa.

La permanencia de estas posturas por muchas horas y de un solo lado puede desplazar los dientes superiores hacia palatino, a pesar de esto, maloclusiones por estas causas es difícil que lleguen a observarse, pues generalmente los pequeños cambian rápidamente de una posición a otra. No obstante los niños son capaces de adquirir muchos tipos de estos hábitos; por ejemplo se han observado niños que apoyan la cabeza recargando los incisivos superiores sobre el pulplejo del dedo, si esta posición persiste, con seguridad se presentará un desplazamiento labial de estos dientes.

Por lo tanto se tendrá presente en los problemas

de maloclusión la posibilidad de un hábito de posición, cuando el factor etiológico no este a la vista.

ABRIR PASADORES PARA EL PELO

Un mal hábito que tiene mayor prevalencia entre las niñas adolescentes es el de abrir los pasadores para el pelo con los incisivos, antes de colocárselos en el pelo, es común observar en estos casos, incisivos fracturados y parcialmente descubiertos de esmalte labial. A esta edad llamando la atención de los horribles destrozos que les está causando este mal hábito, es suficiente para que lo dejen.

RESPIRADORES BUCALES

El continuo respirar por la boca es común en los niños. Estos respiradores bucales, fueron arbitrariamente clasificados en dos categorías:

- a) Obstructivos, y
- b) Habituales

Los respiradores bucales de origen obstructivo son niños que han aumentado una resistencia para ello, o una obstrucción total del flujo aéreo a través de las cavidades nasales, el niño se ve obligado a respirar por su boca. El respirador bucal habitual, es el

que respira continuamente por la boca a fuerza de un hábito, aun cuando la obstrucción anormal ha sido removida. Uno debe de estar capacitado para distinguir estos dos tipos de respiradores bucales.

El respirador bucal de tipo obstructivo, es observado en niños de tipo ectomórfico, poseen caras largas y angostas, de la misma manera de sus espacios nasofaríngeos. Por este tipo genético de apariencia y cara, estos niños están más dispuestos a tener obstrucción nasal, que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios, como lo son los que encontramos en el individuo braquicéfalo.

La resistencia de la respiración por la nariz puede ser causada por:

a) Hipertrofias de las cavernas nasales, por alergias, infecciones crónicas de la mucosa que cubren los pasajes nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas.

b) Desviación de los septums nasales, con bloqueo respectivo de los pasajes nasales.

c) Adenoides aumentada de volumen. Puesto que el tejido adenoide y amigdalino, es fisiológicamente hiperplástico, durante la niñez, los respiradores bucales de este origen no son poco comunes, de cualquier forma, la respiración bucal puede ser auto-correctiva

conforme el niño crece y como un proceso regresivo en los tejidos adenoidaos.

LA PANTALLA ORAL

Algunas obstrucciones nasofaríngeas, pueden ser aliviadas por métodos quirúrgicos y lavados fisiológicos. Hay casos en que aún después de haber efectuado estos procedimientos, el niño sigue respirando por la boca, cuestión que se hace especialmente notoria cuando duerme, o está en posición reclinada. Cuando esta condición prevalece corresponde al dentista u ortodontista intervenir, con alguna aplicación efectiva, que obligue al niño a respirar por la nariz; ésta puede ser lograda por medio de la pantalla oral o máscara, que va a bloquear el paso de aire por la boca y fuerza al niño a inspirarlo por la nariz.

Antes de intentar forzar al niño a respirar por el órgano olfatorio externo (nariz), por medio de alguna pantalla oral, debe uno de estar suficientemente seguro, de que el pasaje nasofaríngeo es lo suficientemente amplio para permitir un intercambio de aire, aún con la respiración forzada, como resultado de un esfuerzo de tipo emocional o físico, Masler y Zwemer, sugieren el uso de una hoja de algodón, o una fina de papel

puesta frente a la boca del niño, con ventanas en la nariz para probar esto. El niño debe de cerrar los ojos antes de que le sea introducido el algodón por sus ventanas nasales y boca, de modo que la respiración sea completamente natural y no forzada, tal como el niño lo hace cuando es deliberadamente instruido para que la haga a través de ella. Si el niño no puede respirar por la nariz o lo hace con gran dificultad cuando se le pide hacerlo, aún después de haber efectuado ejercicios violentos, se sabe que la respiración bucal es de origen habitual y debe de ser corregida por medio de la pantalla oral.

Los respiradores bucales presentan una apariencia típica, algunos la refieren o describen como facies adenoidea, aunque no se ha podido demostrar satisfactoriamente que es la respiración bucal la causante de esta facies. La cara es angosta, las piezas anteriores superiores están en protrusión, y los labios están separados, el labio inferior se extiende por debajo de los incisivos inferiores, debido a la hipotonía muscular, o falta de una estimulación normal de la lengua, y debido a la presión en aumento del área del canino y primer molar por la fuerza de los músculos orbiculares, el segmento anterior se colapsa, dando una apariencia de V y

un paladar profundo.

No se ha comprobado definitivamente, si es que la respiración bucal cause maloclusiones, aunque existe cierta tendencia para ellas en los respiradores bucales. Los mismos factores genéticos que se presentan en las maloclusiones de la clase II, pueden presentarse en las producidas por el respirador bucal.

Para corregir una respiración bucal de tipo habitual, la pantalla oral es recomendada. La pantalla oral es de construcción rígida y se coloca en la boca, descansa sobre los pliegues vestibulares y es usada para prevenir la respiración bucal y forzar a respirar por la nariz. Es generalmente colocada por las noches, antes de irse a dormir y en el transcurso de ella no debe de ser removida para que de este modo fuerce al niño a respirar por la nariz mientras duerme.

La pantalla oral cuando se usa durante la noche, previene a los mordedores de labio a colocar su labio inferior en los incisivos superiores, a los empujadores de lengua, a forzarla entre las piezas anteriores superiores e inferiores, a los respiradores bucales a hacer lo por la boca. La pantalla oral por lo tanto puede

ser útil para múltiples propósitos y debería de ser más usada de lo que lo es en la actualidad. La pantalla oral puede ser hecha de cualquier material que sea compatible con la cavidad oral, el más fácil que se usa comunmente es la resina sintética.

Existen pantallas orales para la eliminación de este hábito fabricadas con acrílico de autopolimerización.

Construcción:

1. Se toman impresiones en alginato del maxilar superior e inferior y se vacian en yeso.
2. Se montan los modelos en un articulador de bisagra conforme a la relación de la mordida en cera.
3. Con los modelos en solución se rellenan con yeso los espacios que pudieran servir de retención dejando una superficie continua sobre el modelo superior e inferior.
4. Diseñando la pantalla oral siguiendo el contorno de la línea mucogingival, llevandolo aproximadamente dos o tres milímetros antes del fondo de saco, extendiendose hasta la re

gión de los caninos o de los primeros premolares si se desea dar mayor retención a la pantalla.

5. Se bardea con cera negra el contorno del diseño.
6. Se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formado por la cera procurando dejar una superficie tersa.
7. Se pule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche hasta eliminar el hábito. Es recomendable aplicarle unas tiras de cinta adhesiva transparente en forma de cruz sobre los labios para evitar que la pantalla se desaloje.

Si el paciente estuviera ligeramente protusivo lo corregiremos ayudándonos de la fuerza del músculo orbicular de los labios. Si este es el caso cada treinta días podemos recortar ligeramente los modelos sobre los que se construyó la pantalla. Se hará un rebase del mismo acrílico por la parte que va en contacto con los dientes.

BRUXISMO

Otro mal hábito que puede ser observado en los niños es el bruxismo, o el rechinar de los dientes. Este es generalmente un hábito nocturno, que ocurre durante el sueño, aunque también puede ser observado tan fuertemente que el ruido que produce, puede producir cierta atrición y puede también estar acompañado de algunos dolores en el área temporomandibular, al levantarse en la mañana.

La causa que produce el bruxismo, es aún ignorada, pero tiene bases emocionales, por ejemplo: ocurre en niños altamente rebeldes, severos e irritables, y que han tenido otro hábito como el de chuparse el dedo u onicofagia, estos niños suelen sufrir sueños tortuosos y parecen sufrir de ansiedad.

El bruxismo ha sido observado también en enfermedades tales como: Corea, Epilepsia, Meningitis y también trastornos Gastro-intestinales.

El tratamiento corresponde al psiquiatra y al pedodoncista.

El dentista puede ayudar a romper el mal hábito

por medio de la construcción de bases blandas de hule, que se usan sobre los dientes por las noches, el hule blando no efectúa ninguna resistencia y no es una superficie dura que desgasta, de modo tal que el mal hábito pierde su efecto satisfactorio al quitarle la posibilidad de rechinar los dientes.

Para realizar el tratamiento de este hábito construiremos guardas nocturnas, ya sean de acrílico o de material flexible, que deberán ser usadas durante la noche, para impedir el rechinar al evitar el contacto de los dientes. Para que el tratamiento al contacto sea más efectivo solicitaremos la colaboración de un médico o de un psiquiatra dependiendo de la etiología del hábito.

Pasos para su construcción:

1. Se toma una impresión del maxilar superior y se corre el modelo, generalmente la guarda se construye para la arcada superior aunque puede construirse para la inferior o para ambas según el caso.
2. Se reblandece ligeramente a la flama tres hojas de cera rosa en forma de herradura y se

colocan entre los dientes del paciente.

3. Se le instruye para que cierre en relación céntrica hasta unos milímetros de la oclusión normal.
4. El registro de cera se asienta sobre el modelo de yeso, se le adhiere ligeramente al modelo con un instrumento caliente y se recorta el exceso.
5. Por las caras labial y palatina se agrega una hoja de cera para base rectangular con lo que se obtiene un patrón en forma de herradura, la cera que llega al surco vestibular y a las zonas de inserción muscular hay que aliviarla para que no haga intrusión en ellas. La cera del lado palatino será llevada hasta la tuberosidad.
6. Con una espátula caliente se unen y alisan las porciones oclusal, vestibular y palatina.
7. En la mitad de la mufla se pone el modelo con la cera y se aplica un separador, se vacía la otra mitad en yeso piedra.
8. Una vez que ha fraguado el yeso, se elimina

la cera con agua hirviente y se separan las dos mitades.

9. Se prepara el acrílico mezclado el polímero con el monómero, aproximadamente en una relación de tres a una, se empaqueta el material en la cámara de moldeo.
10. Se cierra la mufla y se prensa.
11. Se retira la prensa, se separan las dos mitades de la mufla y se recortan los excedentes del material.
13. Se deja enfriar se separa la mufla y se retira la guarda.
14. Se recortan los excedentes y se pulen.

Para confeccionar la guarda de tipo flexible existe un material fabricado por la Rocky Mountain a base de hule sumamente fácil de manipular.

El material se amolda con los dedos sobre el modelo de piedra para obtener la férula con la conformación deseada, para curar se coloca en un calentador seco a temperatura 350° F.

Si existiera alguna malposición sencilla esta puede corregirse con la guarda de este tipo, colocan

do en el modelo de yeso los dientes en la posición deseada y así se confecciona la guarda, que por su consistencia elástica permite a los dientes colocarse en su posición correcta.

C A P I T U L O

II

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE MALOS HABITOS ORALES:

Del análisis de los trabajos sobre la succión del pulgar, surgen varias tendencias y orientaciones: Una de ellas, la mecánica o sea quebrar el hábito a toda costa y desde el principio.

Hemos dejado establecido en los capítulos anteriores, los factores psicológicos son de capital importancia. Freud, por ejemplo, que aparece con sus tres contribuciones a la teoría del sexo, aunque se sabe que Lindner habló antes que Freud sobre el carácter erótico de esta actividad de succión.

Varios doctores para quitar el mal hábito sugieren lo siguiente: El Dr. C. L. Withman, señala que el tratamiento debe empezar con la eliminación de las causas de las tensiones responsables del origen y mantenimiento del hábito, y que debe obtenerse una historia completa para que podamos encontrar la causa del trastorno y prevenir en esta forma una recidiva,

aconseja pintar los deditos del paciente con loción Reminder varias veces al día, especialmente antes de acostarse, y que los pacientes de más de 5 años deben de tomar de 30 a 60mg de Fenobarbital, de acuerdo con su edad y peso, media hora antes de acostarse, preferiblemente con un vaso de leche caliente o un bocado ligero, para pacientes menores, bastan 15mg de Fenobarbital y para terminar felicitar al niño por ser tan cooperador.

El Dr. J. J. Podly, da como único consejo, sobre la succión del pulgar, el que el dentista se interese por el desarrollo psíquico del niño, y así establecer las causas psicológicas de los malos hábitos, además dice: La succión del pulgar ya sea debida a aburrimiento o a irregularidades de la digestión, se convierte en un mal hábito, porque es para el niño y como ya lo dejamos asentado con anterioridad una experiencia placentera. Sólo justificamos el uso de aparatos artificiales para quebrar el mal hábito cuando ya no existe ninguna causa plausible para que el paciente lo continúe efectuando.

Existen dispositivos para evitar el chupeteo de dedo, el siguiente: Que sólo me limito a comentar y

y no a recomendar. Una cinta atada a la muñeca de la mano, ésta debe de pasar entre las piernas del bebé y terminar atada en la otra mano; éstas deben de quedar bastante sueltas, y con suficiente longitud para permitir todos sus movimientos, menos el que lo deje llevar a la boca su dedo. Este dispositivo suele ser usado sólo en bebés de corta edad.

Otro dispositivo, que es un tubo rígido de cartón, que se desliza en los brazos y a los que sólo se les debe de dejar un poco de movimientos entre los codos, pero al igual que el anterior no debe permitir llevar los dedos a la boca. Este es usado en bebés de más edad y especialmente en las horas críticas que preceden al sueño. Como ya lo sabemos perfectamente, no debemos tratar la interferencia externa de la succión del pulgar, sin que la causa psicológica o nutricional que está provocando el mal hábito sea eliminada primero, de modo que el dispositivo, sólo sirva para quitar el hábito residual.

Al igual que estos dos métodos antes descritos, existen otros muchos que restringen los movimientos, pero ninguno de ellos deja de ser deprimente y en oca

siones hacen que el bebé sea un grotesco y doloroso espectáculo.

Nosotros ya sabemos las consecuencias que puede traer al bebé la restricción de sus movimientos, y el consecuente establecimiento de tics mecánicos u otro hábito aún menos deseable que el de chuparse el dedo, sabemos también que existen casos que debido a la frustración de chuparse el dedo, el bebé sufre verdaderos trastornos en su persona, pérdida del apetito, constricciones con voluntad, etc. Mencionaremos una vez más la importancia fundamental de la disposición afectiva de la madre para la lactancia. El niño por este medio no sólo almacena el alimento, sino también capta la relación con la madre, porque no basta un pecho con suficiente leche y buen pezón para que el niño perciba a una buena madre, sino la manera de darlo, el calor y amor con el que se ofrezca, es lo que cuenta, es una menor frustración para el niño darle una mamadera con cariño y en brazos que un pecho fríamente.

Nosotros sabemos perfectamente, que en un principio el bebé vive y ama a través de la boca, y que la madre vive y ama a través de sus senos. El problema

principal es que los pediatras no hablan siempre de esto con las futuras madres, y somos nosotros los odontólogos los primeros en enfocar el problema, por lo que es fundamental que el pavidoncista tenga conocimientos de lactancia, y que esté capacitado para aconsejar correctamente sobre sus aspectos técnicos y emocionales.

Pero ¿Qué es lo que debemos hacer con la madre preocupada y angustiada? Se procurará calmarla, el porqué la preocupa tanto que su niño se chupe el dedo, cómo es que siente ella la succión de éste, de be mos darle a conocer que no se debe intentar quebrar el mal hábito, porque esto es algo que nunca sucede, sino que éste se transforma, se elimina o se reempl za, pero nunca se quiebra.

Lo que más suele molestar a los padres de mal hábito, es el qué dirán los amigos, no les parece im portante el problema de su hijo, sino el que dirán.

Se calmará a la madre en cuanto a la importancia que le ha dado al problema, analizaremos con ella la situación con mucho tacto y sin olvidar por un monen to que somos psidodoncistas.

La edad favorable para quitarles a los bebés un hábito, siempre que esté indicado y no tenga contraindicaciones, es entre las 6 semanas y a los 4 meses.

Si se trata de un niño grandecito (preescolar), debemos darnos cuenta, si es un chupeteo ocasional o constante, el primero no tiene mayor importancia, y coanalizar un día de actividad en la vida del niño, basta para descubrir si es una forma de relacionarse o un patrón separado de adaptación con el objeto de substituir o llenar eslabones ausentes con el medio ambiente interior y exterior.

Investigaremos cuándo comenzó a chuparse el de do, cuál era la situación ambiental, cuándo principió a hacerlo, qué pasa ahora con el chupeteo y el niño, cómo reacciona al ambiente, a las diferentes situaciones cómo se ha desarrollado el mal hábito, cuál fue el momento más difícil de su desarrollo y en el que se encontró más contento, cuando estuvo más triste y difícil, qué pasaba entonces en el ambiente. Es importante conocer cómo reaccionan los padres ante las dificultades de sus hijos y viceversa.

Cuando se trata de un chupeteo constante, el

asunto es serio, nunca debemos creer en un hábito va
cío, que no tiene significado, porque siempre lo tie
ne, todos los niños que se chupan el dedo fuera de
la etapa que podría ser considerada como normal, de-
notan que existe un conflicto.

El mal hábito puede ser la forma de demostrar
su aislamiento del mundo exterior, el volverse a sí
mismo, el refugiarse en una vida de regresión.

En estos casos debemos de ser severos, debe-
mos de apelar a su sentido de responsabilidad, a la
promesa que no debo y no voy a chuparme más el dedo,
convenceremos al niño del porqué no lo debe hacer,
nos podemos ayudar enseñándole fotografías de mal-
oclusiones, y decir, esto es lo que le pasa al niño
cuando se chupa el dedo.

A veces se logra que el niño deje de chuparse
el dedo, pero también podemos hacer que se vuelva
más hostil.

El mal hábito debe de ser considerado como la
expresión de malestar psicológico, es la exterioriza-
ción del conflicto emocional.

Todos los aparatos deben de ser puestos sólo

para recordar, e insistiremos en que después de que el chupeteo se considere normal, y que de modo alguno debe impedirse, pero el chupeteo compulsivo de be considerarse como un síntoma, como demostración de que algo anda mal y que debemos lograr el equilibrio psíquico, dominando la ansiedad. Ya dijimos que el hábito debe ser considerado como una fuga para la ansiedad interna.

No nos debe interesar ni un dedo, ni un diente, ni un grupo de ellos. Nos interesará el niño, con sus sentimientos, personalidad y con toda su potencialidad de vida, de futuro y no aislado, sino en un ambiente familiar y un medio social.

Todo es circunstancial dentro del esquema corporal. No vayamos a corregir posiciones de piezas dentarias, y distorsionar el yo.

CONCLUSIONES

1. Debe reconocerse la importancia de los malos hábitos de la cavidad oral.
2. Los malos hábitos de la cavidad oral, no sólo limitan su efecto a la boca, sino también van intrínsecamente relacionados con los procesos psíquicos del niño.
3. No debemos efectuar ningún tratamiento, ya sea de índole preventiva o correctiva, sin antes consultar con el psiquiatra.
4. El Cirujano Dentista no es Psiquiatra, por lo tanto no debe hacer diagnósticos de ese tipo, pero si es necesario que conozca el mecanismo del desarrollo psicológico del niño.
5. El chuparse el dedo no debe ser mal visto, sino que debe considerarse como un calmante natural de tensiones, hasta una edad razonable.
6. Es de gran importancia que la futura madre, tenga una buena educación al respecto de saber crear en forma armónica al bebé, pues en ella reside en gran parte poder evitar los malos hábitos de

la cavidad oral.

7. El chupeteo del dedo, puede ser considerado normal mientras no pase a ser de tipo compulsivo.
8. Un mal hábito no se quiebra, se transforma o substituye por otro.
9. El mejor procedimiento para desistir del mal hábito, es el auto-convencimiento del niño.
10. Queda aceptado el uso de aparatos artificiales, pero sólo como función recordadora no torturadora.
11. Desechar los medios rudos y arbitrarios para quitar los malos hábitos.
12. Por tratar de quitar un mal hábito arbitrariamente, se puede instalar otro aún menos deseable.
13. Para quitar un mal hábito es indispensable contar con la colaboración del niño.
14. Antes de usar la pantalla oral, para respiradores bucales, debemos consultar con el otorrinolaringólogo, para ver si no existe algún trastorno de origen sistémico.
15. Debemos de estar bien capacitados para dar conse-

sejo a los padres sobre su conducta a seguir con su hijo que se chupa el dedo.

16. La edad más favorable para quitar el mal hábito es de las 6 semanas a los 4 meses.

BIBLIOGRAFIA

- I. BRAUER, JOHN C.- Odontología para niños,
Capítulo 5. Odontología Preventiva, 125-128,
164-67
- II. COHEN, M. MICHAEL.- Odontología Pediátrica,
Capítulo 4. Desarrollo Psicológico del
niño. 82-99. 1957.
- III. ALIMENTACION INFANTIL Y EL HABITO DE CHUPARSE
EL DEDO. VOL. XXII.