

12/

lej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**DIFERENTES ASPECTOS PSICOLOGICOS
APLICADOS A LA ODONTOPEDIATRIA**

T E S I S

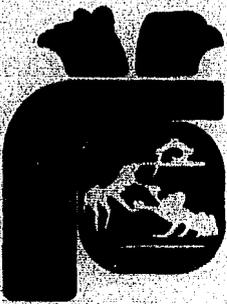
Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Eva Leticia Alcántara Rosales

Angelina Molina Torres



México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
GENERALIDADES DEL EMBARAZO	
1.1. Fecundación	2
1.2. Embriogénesis y Desarrollo Fetal	2
1.3. Desarrollo de la Cara y Cavidad Bucal	5
1.4. Nacimiento del niño	8
CAPITULO II.	
DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS DIENTES	
2.1. Erupción Dentaria	12
2.2. Fuerzas Eruptivas	15
2.3. Cronología de la Erupción Dental	16
CAPITULO III.	
PATRONES DE CONDUCTA E IMPORTANCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN SU DESARROLLO	
3.1. Infante (1 mes a 2 años)	19
3.2. Preescolar (3 a 6 años)	22
3.3. Escolar (6 a 9 años)	24
3.4. Prepuberal (9 a 12 años)	26
CAPITULO IV.	
IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL	
4.1. Responsabilidad del Cirujano Dentista	30

CAPITULO V.

EL CONSULTORIO DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

5.1. Ambiente y Decoración	34
5.2. Comportamiento de los Padres en el Consultorio Dental	35

CAPITULO VI.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

6.1. Relación Clínico-Paciente	38
6.2. Clasificación del Paciente Infantil según su -- Temperamento	39
6.3. Características del Paciente Adolescente	41
6.4. Técnicas de Reacondicionamiento	42

CAPITULO VII

HABITOS ORALES Y SU TRATAMIENTO

7.1. Etiología y Clasificación	45
7.2. Bruxismo	47
7.3. Succión del Pulgar y algún Otro Dedo	48
7.4. Succión Labial	53
7.5. Empuje Lingual	56
7.6. Respiración Bucal	58

CAPITULO VIII.

MANTENEDORES DE ESPACIO

8.1. Indicaciones	62
8.2. Clasificación	64
8.3. Requisitos para Todos los Tipos de Mantenedores de Espacio	66

CONCLUSIONES	68
--------------------	----

BIBLIOGRAFIA	69
--------------------	----

INTRODUCCION

La práctica odontológica en el paciente infantil es muy compleja, dada la necesidad de realizar tratamientos completos y eficaces para la prevención de problemas futuros.

El odontólogo general, asume una gran responsabilidad - tanto en el trato personal como en la práctica clínica, para -- evitar el rechazo del niño hacia las visitas odontológicas.

Esto puede lograrse a través de los conocimientos que - el odontólogo posea sobre la psicología infantil.

Uno de los principales problemas que enfrenta el Cirujano Dentista, es la detección de hábitos orales ocasionados en - su gran mayoría por la influencia familiar y el medio ambiente, - así como también la presencia de pérdida prematura de los dientes temporales y su consecuente pérdida de espacio que provoca serios problemas de maloclusión.

El siguiente trabajo se realizó con el propósito de ampliar un poco el conocimiento de la Psicología infantil relacionada con la práctica odontológica, para facilitar las relaciones clínico-paciente, además de exponer el tratamiento a diversos tipos de hábitos orales en niños y la prevención de maloclusiones por pérdida de espacio.

CAPITULO I GENERALIDADES DEL EMBARAZO

1.1. FECUNDACION

Es el fenómeno por virtud del cual se fusionan los gametos femenino y masculino, y que ocurre en la región de la ampolla de la trompa de Falopio, dando como origen a un nuevo organismo, el cigoto. De los 200 a 300 millones de espermatozoos depositados en el aparato genital femenino, sólo uno fecundará al oocito.

Cuando el espermatozoo fecundante toca la zona pelúcida que rodea al oocito, se une firmemente y comienza a introducirse en la misma. La penetración se halla facilitada por la hialuronidasa y la tripsina, enzimas presentes en la cabeza del espermatozoo.

1.2. EMBRIOGENESIS Y DESARROLLO FETAL

En cuanto el espermatozoo entra en el oocito, los cromosomas se disponen en un núcleo vesicular llamado pronúcleo femenino y en otro llamado pronúcleo masculino. Antes de la fusión de ambos pronúcleos, cada uno de ellos duplica el DNA e inmediatamente después los cromosomas se organizan en el huso y los 23 cromosomas paternos y los 23 maternos se hienden en el centrómero.

Resultan de ésta división mitótica 2 células del cigoto, cada una de las cuales con el número normal de cromosomas y el DNA normal.

El cigoto experimenta una serie de divisiones mitóticas a las cuales se llama blastómeras. Después de sufrir varias divisiones, al cigoto se le denomina mórula. Se considera que la mórula llega a la cavidad uterina cuando tiene de 12 a 16 células, ocurriendo esto en un período aproximado de 60 horas después de la fecundación. En esta etapa comienza a introducirse líquido por la zona pelúcida hacia los espacios intercelulares de la masa interna; la zona pelúcida desaparece y comienza el embrión a aumentar rápidamente de tamaño; al cigoto se le denomina blastocisto.

El período entre la fecundación y la tercera semana es conocido como período de cigoto o huevo. Para el final de la primera semana de desarrollo, el cigoto humano ha comenzado la nidación en la mucosa uterina, de la cual obtiene su nutrición y se establece una corriente sanguínea entre la madre y el huevo creándose la circulación útero-placentario.

El período embrionario abarca desde la cuarta semana a la octava semana de desarrollo, y durante éste período cada una de las 3 hojas germinativas da origen a varios tejidos y órganos específicos.

La hoja germinativa ectodérmica origina:

- 1) Sistema Nervioso Central.
 - 2) Sistema Nervioso Periférico.
 - 3) Epitelio Sensorial de los órganos de los sentidos.
- Además de las siguientes estructuras: epidermis que incluye pelo, uñas y glándulas subcutáneas, hipófisis, capa de esmalte de los dientes.

De la capa germinativa mesodérmica se derivan: Tejido conectivo, cartílago y hueso.

- 1) Musculos estriados y lisos.
- 2) Células sanguíneas y linfáticas y paredes del corazón, vasos linfáticos y sanguíneos.
- 3) Riñones, gónadas y los conductos correspondientes,
- 4) Porción cortical de la glándula suprarrenal y
- 5) Bazo.

La Hoja Germinativa Endodérmica Origina.

- 1) Revestimiento epitelial del aparato respiratorio.
- 2) Parénquima de las amígdalas, tiroides, paratiroides, timo, hígado y páncreas.
- 3) Revestimiento epitelial de parte de la vejiga y la uretra y,
- 4) Revestimiento epitelial de la caja del tímpano y la trompa de eustaquio.

Al comenzar la tercera semana de desarrollo, la hoja germinativa ectodérmica origina el Sistema Nervioso Central y hacia la mitad de la tercera semana, las células mesodérmicas situadas a cada lado de la línea media, se convierten por diferenciación en células que originan sangre y vasos sanguíneos.

El embrión tiene en éste momento 23 días aproximadamente y alrededor de 2.2 mm de longitud. El lapso entre la primera aparición de los vasos intraembrionarios y la formación del tubo cardíaco es de 3 días más o menos. Para entonces el corazón empieza a latir.

El aspecto externo del embrión al final del segundo mes del desarrollo, es modificado en gran medida por la formación de las extremidades, cara, oídos, nariz y ojos. Hacia fi-

nes de la tercera o comienzos de la cuarta semana se hacen reconocibles los esbozos del ojo y del oído.

En el comienzo de la quinta semana, aparecen los esbozos de las extremidades inferiores y superiores, y los esbozos de los dedos son visibles por primera vez cuando el embrión llega aproximadamente al final de la sexta o al comienzo de la séptima semana de desarrollo y principia la aparición del tejido óseo y la musculatura de manos y pies.

El período comprendido desde el comienzo de la novena semana, hasta el final de la vida intrauterina se llama período fetal y se caracteriza por crecimiento rápido del cuerpo.

Una de las modificaciones más notables que ocurren en la vida fetal, es que el desarrollo de la cabeza se torna más lento en comparación con el resto del cuerpo. Durante el tercer mes, la cara adquiere aspecto más humano y existe desarrollo de los genitales externos.

En el cuarto y quinto mes, el feto aumenta la longitud rápidamente y al final de la primera mitad de la vida uterina, la talla es de 23 cm. aproximadamente.

Durante la segunda mitad de la vida intrauterina el peso fetal aumenta mucho y al finalizar el noveno mes el cráneo tiene mayor circunferencia que cualquier otra parte del cuerpo, hecho importante en cuanto a su paso por el conducto del parto.

1.3. DESARROLLO DE LA CARA Y DE LA CAVIDAD ORAL

Aproximadamente un mes después de la fecundación, el centro de crecimiento que rige el desarrollo de las distintas partes de la cara, nariz, maxilar y mandíbula y porciones del

paladar, muestra un aumento en su actividad. Este centro está representado primero por una concavidad conocida como estomodeo.

El rápido crecimiento del mesénquima en áreas específicas produce abultamientos, procesos y engrosamiento (placodas). De éstos, los procesos nasales laterales y medio crecen muy rápidamente en la quinta semana y se orientan de tal manera, que forman las alas de la nariz.

Los procesos medios al crecer uno hacia el otro forman la parte media de la nariz, la porción central del labio superior, la porción media del maxilar y todo el paladar primitivo. Los procesos nasales y maxilares asociados se fusionan entonces unos con otros y contribuyen a la formación de la nariz, labio y porciones de las mejillas.

La Mandíbula se forma por la unión de las mitades del arco mandibular.

Quizá la característica más primitiva que presenta la cabeza en esta etapa, sea la posición baja de los oídos externos. Los ojos se originan de excrescencias primordiales del cerebro anterior.

Al terminar la séptima semana, el comienzo de la formación de los párpados da al ojo una característica facial. Las cejas y las pestañas comienzan su desarrollo aparente a fines del quinto mes o principios del sexto.

DESARROLLO DE LA CAVIDAD BUCAL

En la superficie del cuerpo embrionario aparecen 2 depresiones que se ahondan hasta encontrarse con el intestino.

Una de éstas depresiones, el estomodeo, está situada en la superficie ventral de la cabeza en la futura región oral. El estomodeo está separado de la parte más superior del tubo digestivo primitivo por la membrana bucofaríngea. Al principio de la cuarta semana de desarrollo se rompe la membrana, se ahonda más la depresión del estomodeo y se convierte en la Cavidad Oral.

PALADAR.

La masa principal del paladar se origina en excresencias del maxilar superior haciendo su aparición en la sexta semana del desarrollo.

Al principio de su formación, se localizan a lo largo de la lengua en desarrollo; pero más tarde cuando ésta toma una posición más profunda en la cavidad bucal primitiva, los procesos palatinos se elevan y crecen uno hacia el otro de modo que en la octava semana se unen entre sí, con el paladar primitivo y con el tabique nasal.

La unión con éste último completa la formación del paladar y el piso de la cavidad nasal.

LENGUA

La lengua se deriva de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales.

En el embrión de 4 semanas aproximadamente, la lengua se presenta como dos protuberancias linguales laterales y un abultamiento mediano, el tubérculo impar.

Las protuberancias linguales laterales aumentan mucho de volumen y se fusionan en la línea media lo cual forma los --

dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua. El cuerpo de la lengua está separado del tercio posterior del órgano por un surco en forma de "V" llamado surco terminal.

La porción posterior o raíz de la lengua proviene de los arcos branquiales segundo y tercero y parte del cuarto. El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial.

La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y -- terceros arcos branquiales, la cópula (yugo).

1.4. NACIMIENTO DEL NIÑO. PARTO Y ALUMBRAMIENTO.

Se denomina parto la terminación fisiológica del embarazo mediante la expulsión del feto del claustro materno, una vez que éste alcanza el desarrollo suficiente para poder vivir extrauterinamente, condición que no se cumple antes del sexto mes. En la gran mayoría de los casos, el parto se inicia a los 280 días.

Las repetidas contracciones uterinas que indican el -- inicio del trabajo de parto, ayudadas por voluntarias contracciones de los músculos abdominales, empujan al feto hacia el -- conducto cervical que se ensancha lentamente hasta que se halla suficientemente dilatado para permitir que el feto comience a -- salir del útero.

A esto se suele denominar la primera parte del trabajo de parto y la segunda es mucho más breve que la primera.

Una vez que el feto atravieza el cuello uterino se des-- plaza rapidamente a través de la vagina y una vez que el primer

segmento del cuerpo aparece -generalmente la cabeza- y pasa por este conducto, el resto del cuerpo sale rápidamente.

Ligado y cortado el cordón umbilical finalizan las relaciones con el útero y la placenta, y el niño recién nacido - es por primera vez un ser que vive en forma independiente.

CAPITULO II

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS DIENTES

A partir de la quinta o sexta semana de vida embrionaria, se ve el primer signo de desarrollo dentario. Cada diente se desarrolla a partir de una yema dentaria que se forma profundamente bajo la superficie, en la zona de la boca primitiva que se transformará en los maxilares.

La yema dentaria consta de tres partes:

1. El órgano dentario que produce el esmalte y que se deriva del ectodermo bucal.

2. Una papila dentaria que origina la pulpa y la dentina y deriva del mesénquima.

3. Un saco dentario que deriva también del mesénquima que da origen al cemento y al ligamento periodontal.

El crecimiento de los dientes se divide en varias etapas que se determinan de acuerdo con la forma de la parte epitelial del germen dentario.

PRIMERA ETAPA (LAMINA DENTARIA Y DE YEMA)

La lámina dentaria es el primer signo de desarrollo dentario humano, que se presenta en la sexta semana de vida intrauterina. Es una capa que prolifera rápidamente en forma de banda sobre la región del maxilar y la mandíbula. La yema dentaria en forma simultánea con la diferenciación de la lámina dentaria se origina de ella en cada maxilar, una salientes re-

dondas y ovoides en diez puntos diferentes, que corresponden a la posición futura de los dientes deciduos y que son los esbozos de los órganos dentarios.

SEGUNDA ETAPA (DE CASQUETE)

Consiste en una invaginación poco marcada en la superficie profunda de la yema dentaria. El casquete consiste en un epitelio dental externo, y un epitelio interno y un centro de tejido epitelial que es el retículo estrellado (pulpa del esmalte). El mesénquima situado en la concavidad limitada por el epitelio dental interno prolifera y se condensa, formándose así la papila dental. Simultáneamente al desarrollo del órgano y la papila dentaria, sobreviene una condensación marginal en el mesénquima que le rodea a lo que denominaremos saco dental.

TERCERA ETAPA (DE CAMPANA)

Conforme la invaginación el epitelio profundiza y sus márgenes continúan creciendo y el órgano dentario adquiere una forma de campana.

Las células del epitelio dentario interno por diferenciación se convierten en ameloblastos. Entre el epitelio dentario interno y el retículo estrellado aparecen algunas capas de células escamosas, llamado estrato intermedio que será ocupado para la formación del esmalte. Cuando ya está avanzado el límite entre el epitelio dentario interno y los ameloblastos, delimitan la futura unión dentino - esmáltica.

Las células del mesénquima de la papila adyacente de la capa dental interna se convierten por diferenciación en odontoblastos, éstos elaboran la predentina, que se deposita inmediatamente por debajo de la capa dental interna, que con el tiempo

se calcifica y forma la dentina definitiva. La capa de odontoblastos persiste durante toda la vida del diente y está, constantemente produciendo predentina que se convierte en dentina definitiva. Las demás células de la papila dentaria forman la pulpa dental.

El esmalte se deposita inicialmente en el ápice del diente y de ahí se extiende poco a poco hacia el cuello, formando de ésta manera el revestimiento de la corona del diente. La dentina se deposita en el interior de la capa ya formada, la cavidad pulpar se estrecha y finalmente forma un conducto por el que pasan los vasos sanguíneos y los nervios del diente.

Las células mesenquimatosas situadas fuera del diente y en contacto con la dentina de la raíz se convierte por diferenciación en cementoblastos. Estas células son las formadoras del cemento que se deposita sobre la dentina de la raíz. También de éstas células se origina el ligamento periodontal, éste da al diente una posición firme y al mismo tiempo es amortiguador de los choques durante la masticación.

La unión de los epitelios dentarios internos y externos en el margen basal, en la región más cervical dará origen a la vaina radicular epitelial de Herwing que modela la forma de las raíces, su desarrollo comenzará después de la formación del esmalte y la dentina.

Los dientes temporales brotan entre los seis y los veinticuatro meses de edad después del nacimiento.

2.1. ERUPCION DENTARIA

Los dientes humanos se desarrollan en el maxilar y la mandíbula y no hacen erupción, sino hasta que la corona ha madu

rado por completo. En el pasado, el término erupción, era únicamente aplicado a la aparición de los dientes en la cavidad -- oral, actualmente se sabe que los movimientos eruptivos no se -- detienen al encontrar su antagonista sino que continúan durante todo el ciclo vital del diente.

La emergencia de la corona através de la encía, no es más que un incidente que ocurre durante el proceso de erupción, la erupción propiamente dicha de los dientes temporales como -- permanentes se divide en dos fases:

1. Fase prefuncional. Al final de ésta fase los dientes se ponen en oclusión.

2. Fase funcional. Continúan su movimiento para mantener una relación apropiada con el maxilar y entre sí.

Es necesario conocer los diferentes movimientos de los dientes durante su preerupción para comprender mejor su erupción, y para esto se han dividido en tres fases:

A. Fase preeruptiva. Durante esta fase el órgano dentario se desarrolla hasta su tamaño total y se verifica la formación de las sustancias duras de la corona. Durante éste pe-- ríodo los gérmenes dentarios se encuentran rodeados por tejido conjuntivo denso que se dispone de tal manera que forma parte - del saco dentario.

En ésta fase los dientes deciduos anteriores se mueven mesialmente y los posteriores distalmente. Los dientes perma-- nentes que tienen predecesores temporales, sufren un movimiento complicado antes de alcanzar la posición desde la cual salen. - El incisivo permanente y el canino se desarrollan primero en posición lingualmente a nivel del plano oclusal respecto a los molares deciduos.

B. Fase eruptiva prefuncional. Comienza con la formación de la raíz y se completa cuando los dientes alcanzan su plano oclusal. Hasta que el diente salga hacia la cavidad bucal, su corona está cubierta por epitelio dentario, el epitelio degenera en su centro de la zona de erupción y el borde incisivo o la punta de una cúspide sale hacia la cavidad bucal.

La salida gradual de la corona se debe al movimiento oclusal del diente, o sea la erupción activa, y también a la separación del epitelio del esmalte o sea la erupción pasiva. En esta fase los dientes presentan movimientos de inclinación y de rotación.

C. Fase eruptiva Funcional. En ésta fase el diente se encuentra en el plano oclusal. Los movimientos se hacen en dirección ocluso-mesial.

Los cuerpos de los maxilares crecen en altura casi exclusivamente a nivel de las crestas alveolares y los dientes tienen que moverse en sentido oclusal tan rápido como el maxilar y la mandíbula.

El componente vertical continuo de la erupción compensa también la atrición oclusal o incisiva. Sólo de ésta manera se puede mantener el plano oclusal, a la distancia debida entre el maxilar y la mandíbula durante la masticación y se puede prevenir el cierre de la mordida.

Los movimientos masticatorios o funcionales dan lugar al desgaste creciente en las áreas de contacto, también en esta fase se da la atrición que sucede simultaneamente en las superficies oclusales y las de contacto. Durante éstas fases los dientes se mueven en diferentes direcciones y son de la siguiente manera:

1. Axial. Movimiento oclusal en la dirección del eje longitudinal del diente.

2. Desplazamiento. Movimiento corporal en dirección distal, mesial, lingual o bucal.

3. Inclínación o movimiento de lado alrededor del eje transversal.

4. Rotación. Movimiento alrededor del eje longitudinal.

2.2. FUERZAS ERUPTIVAS.

Se han emitido teorías que tratan de explicar las causas que originan la erupción dentaria, para ésto se deben de tomar en cuenta los siguientes factores: Crecimiento de la raíz, crecimiento de la dentina, proliferación de los tejidos dentarios, abrasión por acción muscular, presión ejercida por la red vascular pulpar, tejidos periapicales, y aposición y resorciones óseas.

Las fuerzas eruptivas más obvias es la del crecimiento longitudinal de la raíz dentaria. Sin embargo los diferentes movimientos de un diente en erupción no pueden, aún cuando sus raíces se esten desarrollando, recorrer una distancia que es menor que la de una raíz completamente formada. Los dientes tienen diferentes movimientos como de inclinación, axiales y de rotación. El movimiento que origina el crecimiento de la raíz es el vertical o el axial.

La fuerza que podría explicar la variedad de movimientos eruptivos, es la generada por el crecimiento del tejido óseo cercano al germen dental.

La erupción dentaria es parte del desarrollo de un individuo en crecimiento, el momento de la salida de un diente a la cavidad oral se observa fácilmente por exámen clínico. La erupción retardada es mucho más frecuente que la acelerada y puede tener una causa local o sistémica. Una de las causas locales puede ser la pérdida prematura de dientes deciduos y el cierre del espacio por desplazamiento de dientes vecinos que puede retardar la erupción de un diente permanente. Una de las causas generales sería como ejemplo: la deficiencia de vitamina D. Los movimientos de los dientes durante la erupción son complicados y se acompañan por coordinación minuciosa del crecimiento del diente del borde alveolar del maxilar y la mandíbula.

2.3. CRONOLOGIA

Es muy importante conocer el orden de erupción normal tanto de la dentición primaria, como permanente, ya que su concimiento nos dara el tiempo en que hacen su aparición en la cavidad oral, en que se inicia la formación del germen dentario hasta que se completa la formación de la raíz.

CRONOLOGIA DE LA DENTICION HUMANA (SEGUN LOGAN Y KRONFELD)

DENTICION PRIMARIA	ERUPCION	RAIZ COMPLETA	
MAXILAR			
Incisivo Central	7 1/2 meses	1 1/2	años
Incisivo Lateral	9 meses	2	años
Canino	18 meses	3 1/4	años
Primer Molar	14 meses	2 1/2	años
Segundo Molar	24 meses	3	años
MANDIBULA			
Incisivo Central	6 meses	1 1/2	años
Incisivo Lateral	7 meses	1 1/2	años
Canino	16 meses	3 1/4	años
Primer Molar	12 meses	2 1/4	años
Segundo Molar	20 meses	3	años
DENTICION SECUNDARIA			
Maxilar			
Incisivo Central	7-8 años	10	años
Incisivo Lateral	8-9 años	11	años
Canino	11-12 años	13-15	años
Primer premolar	10-11 años	12-13	años
Segundo Premolar	10-12 años	12-14	años
Primer Molar	6-7 años	9-10	años
Segundo Molar	12-13 años	14-16	años
Tercer Molar	17-21 años	18-25	años
MANDIBULA			
Incisivo Central	6-7 años	9	años
Incisivo Lateral	7-8 años	10	años
Canino	9-10 años	12-14	años
Primer Premolar	10-12 años	12-13	años
Segundo Premolar	11-12 años	13-14	años
Primer Molar	6-7 años	9-10	años
Segundo Molar	11-13 años	14-15	años
Tercer Molar	17-21 años	18-25	años

La importancia de conocer la cronología de erupción dental radica en que a través de este conocimiento podemos realizar un buen diagnóstico y un tratamiento eficaz y evitar la pérdida de los dientes temporales prematuramente mediante su correcta rehabilitación y conservando su función dentro de la cavidad oral.

CAPITULO III PATRONES DE CONDUCTA

3.1. INFANTE.

Durante el transcurso de las primeras semanas de vida, el niño está sometido a una cierta inestabilidad, un desequilibrio de las funciones, trastornos de los que el niño normal se recuperará sin mayores dificultades.

Los recién nacidos no son todos iguales. No sólo difieren por sus particularidades hereditarias, sino que no tienen la misma edad a su nacimiento y su historia prenatal pueden presentar notables divergencias.

La vida psíquica de un recién nacido está constituida por impresiones; unas provienen de su propio cuerpo y otras del mundo exterior y en realidad no hay diferencia entre lo que es él e interior a él y lo que no es él y exterior a él.

Alrededor de los 2 meses concede más atención al mundo que lo rodea y tiene una acentuada predilección por la madre, indicando que empieza a precisarse para él, el interés por el rostro humano.

Durante el 4º meses, la cabeza hasta entonces oscilante, se mantiene erguida cuando el niño está sentado. Todo lo que tiene a la mano lo coge y es llevado a la boca y chupado.

Hacia los cinco meses aprende a coger los objetos que mira entre los dedos y la palma de la mano y la proximidad de un objeto visto por el niño, desencadena inmediatamente movimientos masivos de la cabeza y de los brazos.

En hasta los seis meses cuando el niño aprende a coger los objetos utilizando ya los pulgares. A partir de ésta edad se describe el despertar de una sensibilidad social que aumentará durante los siguientes meses y donde el niño aprenderá a distinguir a los extraños y familiares; al niño le agrada la compañía.

Entre los seis y siete meses comienza la dentición y el niño muerde encontrando en ésta actividad satisfacción, pues así aplaca el dolor de sus irritadas encías. A esta edad el niño se sienta con apoyo y lo que toma lo lleva a la boca pues ésta es su manera de "conocer".

Entre los siete y ocho meses comienza el aprendizaje de la bipedestación y de la marcha, y se sitúa para el octavo mes la aparición de la inteligencia en donde el niño tiene coordinación de sus actos entre sí en busca de un fin previamente propuesto.

En el noveno mes el niño conserva el equilibrio sentado y puede volverse e inclinarse sin peligro, sabe ponerse de pie y sus piernas le soportan aún cuando no tiene equilibrio en esa posición y se deja caer sentado.

La aparición de las primeras palabras se realiza hacia el décimo mes.

PRIMER AÑO.

El niño perfecciona su caminar y sus primeros pasos -- son vacilantes e inseguros pues tiene el problema del equilibrio. Es a los dieciocho meses cuando comienza el correteo, -- los pasos se alargan y la separación de los pies se reduce.

En esta edad la ansiedad es, sin duda, el fenómeno - - afectivo dominante que resulta de la impotencia del niño pequeño ante las exigencias del mundo exterior y de sus necesidades. El niño sufre un aferramiento integral y desesperado hacia su madre, sin embargo conoce la seguridad y confianza que le brinda su círculo familiar.

SEGUNDO AÑO.

Aparece la conciencia de sí mismo y el famoso período de "oposición", que durará hasta los seis años. El niño se hace difícil de manejar, rebelde, obstinado, es caprichoso y parece burlarse de la educación.

A los dos años los niños difieren muchísimo en su capacidad de comunicación, sobre todo porque existe una diferencia considerable en el desarrollo del vocabulario esa edad. A ésta edad los temores del niño se refieren a los animales, tormentas, personas desconocidas, la oscuridad y los médicos, ligados a -- experiencias desagradables o a amenazas inquietantes de los -- adultos.

Refiriéndonos al trato en el consultorio, el niño es - demasiado pequeño para llegar a él con palabras solamente y debe tocar y manejar los objetos con el fin de captar su sentido, por lo que el odontólogo permitirá que el niño sostenga el espejo o sienta la tacita de goma. Puesto que a ésta edad el niño es tímido ante la gente extraña y le resulta difícil separarse de sus padres, casi sin excepción debe pasar acompañado al consultorio.

3.2. PREESCOLAR

A LOS TRES AÑOS

En éste período su desarrollo físico es muy notable ya que aumenta de peso y de estatura, así como también cambiará su conducta social.

Su lenguaje es más abundante y esto facilita la comunicación del niño y del odontólogo. Esto trae como consecuencia que el niño entre a la edad "preguntadora" o del "por qué", -- principalmente preguntará por todo el mundo que le rodea y comenzará a satisfacer su propia curiosidad.

Socialmente es muy activo con la familia o con personas con las cuales mantiene trato diario, y elige a otros niños como compañeros de juego.

El odontólogo puede comunicarse más fácilmente y razonar con facilidad durante su trabajo con el niño de ésta edad, pues le gusta conversar y escuchar las historias del cirujano - dentista.

Tiene dificultad para aceptar la palabra de nadie por nada y se sienten más seguros si se permite que el padre permanezca con ellos hasta que conozcan bien al personal y los procedimientos dentales.

CUARTRO AÑOS.

En el transcurso de éste año su desarrollo físico es más notable que a los tres años, pues se convierte en un niño más fuerte y audaz. Su conducta se vuelve más realista y objetiva, simula escribir y dibujar y va adquiriendo una cierta madurez que le posibilitará la escolaridad.

El lenguaje se vuelve más abundante y más ordenado de acuerdo a quienes le rodean. La socialización de los niños de ésta edad, se encuentra más activa puesto que ya asiste a la escuela maternal y ésto lo hace ser más independiente y seguro de sí mismo. Es muy raro que se encuentre sólo, pues busca la compañía de los demás niños de su edad, o con su familia.

Escuchará con interés las explicaciones y, normalmente, responderá bien a las indicaciones verbales. Suelen tener mentes audaces y ser grandes conversadores, aunque tienden a exagerar en su conversación. Suelen ser niños muy cooperadores en los tratamientos odontológicos.

CINCO AÑOS.

En ésta época se convierte en un niño más creador de cosas útiles. Se convierte en alguien con más soltura e intrépido pues tendrá la oportunidad de montar la bicicleta o de saltar alto. Su vocabulario es mucho más amplio y ésto asegura -- una comunicación variada y eficaz. Sus pláticas son de juegos-asociativos y cooperativos y ésto demuestra una madurez social e intelectual. Adquiere un claro sentimiento de seguridad corporal y empieza a tomar conciencia de su capacidad funcional.

Comienza a asistir al jardín de niños y ésto lo convierte en un niño más independiente de su madre, aumenta su habilidad para manejar juegos y sus objetos con precisión.

A ésta edad la relación personal y la social están mejor definidas, y el niño no suele sentir temor de dejar al padre en la sala de recepción. Si el niño ha sido bien preparado por sus padres no tendrá temor a experiencias nuevas, como las relacionadas con ir al jardín de infantes o al consultorio del cirujano dentista. Es un paciente muy cooperador y activo.

3.3. ESCOLAR.

SEIS Y SIETE AÑOS.

En éste año se inicia un gran acontecimiento en la existencia del niño, el ingreso a la escuela que no es novedad para él que ya estuvo dos o tres años en el preescolar. Entra a un nuevo universo en el que ocupará más su mentalidad que la manipulación, la escuela y la enseñanza le ofrecen al niño el deseo de superarse y satisfacer su curiosidad de realizarse plenamente.

Es la edad de extremismo, de tensiones y agitaciones.- Los juegos colectivos y organizados muestran su organización y socialización. Sus progresos motores son más notables pues ya es capaz de botar una pelota ante él y cogerla correctamente. - Algunos niños de ésta edad tienen temor a los traumatismos en su cuerpo. Un ligero rasguño o la vista de sangre pueden causar una respuesta desproporcionada con la causa y se volvería un poco agresivo y cooperaría menos.

Su vocabulario es más explícito y la comunicación es favorable tanto para el niño como para el cirujano dentista.

A los siete años la sociedad de sus iguales adquiere tanta importancia como la familia, está en la edad de la calma, de la absorción en sí mismo, y la meditación. Su espontaneidad por agruparse y el deseo de jugar o trabajar con otros es más intensa.

Sus progresos motores son especialmente más acrobáticos y más valientes ya que demuestra su gran fuerza física que ha adquirido.

Socialmente es más amigable y más despegado de su mamá pues pasa una parte del día en la escuela y separado de ella y de los demás miembros de la familia. Su lenguaje en éste período es muy extenso y su exposición es casi correcta, y esto es una gran ventaja para el cirujano dentista pues su conversación será más amplia y hablarán los dos.

Mejora su capacidad para resolver temores, aunque puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. Está en la edad de las preocupaciones, pero está resolviendo los miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores.

El niño de ésta edad puede generalmente resolver temores a los procedimientos dentales, porque el cirujano dentista puede razonar con él y explicar lo que está realizando.

Si se produce dolor, se le puede instruir para que - - muestre su desconformidad ya sea levantando la mano o con algún otro gesto. A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales. Se convierte en un niño cooperativo, siempre y cuando se le expliquen las cosas que se le van a realizar, y enseñarle los instrumentos con los que se va a trabajar.

OCHO A NUEVE AÑOS.

Está en la edad cosmopolita de expansión, de extravagancia y de interés universal. Así como de autocracia y autode terminaciones.

Su lenguaje es más expresivo a los ocho años que a los nueve y lo van a realizar como lo hacen los adultos, con frecuencia existen errores en ciertas frases. Aumenta el interés por leer con cierta frecuencia.

Socialmente tiene una conducta más estable y mejor integrada, le gusta tener muchos amigos y siempre estar acompañado por personas mayores que le den información y que él también dé su información.

La edad de los nueve años señala un cambio. El individuo no es ya un niño, pero tampoco es todavía un adolescente. - Por esta razón hay que tener cierta precaución en su trato diario.

El trato que le debe dar el cirujano dentista a niños de ésta edad, deberá ser el de un amigo, puesto que él comienza a sentirse adolescente y no le gusta que le hablen como a un niño. La madurez que ha alcanzado le permite al odontólogo una relación satisfactoria y ésto ayudará al tratamiento y al manejo del niño.

Los padres podrán estar fuera del consultorio por qué el niño se ha independizado un poco de los padres. Ha aprendido a tolerar situaciones desagradables y muestra deseos de ser obediente y cooperador.

3.4. PREPUBERAL.

A los diez años su equilibrio en su personalidad alcanza un nivel de integración y perfeccionamiento, que en cierto modo ha llegado a la cuna de la infancia y empezará a adquirir las características de un niño mayor.

Socialmente ya no jugará con todos los niños como lo hacía antes, ahora lo hará con sus amigos, quienes siempre vana estar en todos sus juegos. Serán amigos que tengan su misma edad, pues suelen rechazar a los niños más pequeños y a los más grandes y que no sean de su mismo sexo.

Las niñas están más equilibradas, ya que poseen una ma duración social mayor, y más alto grado de interés por los problemas relativos a la familia.

A los once años se sitúa la primera etapa de deslizamiento a la adolescencia, tanto por las transformaciones intelectuales y físicas que se esbozan como su socialización con ni ños de ambos sexos.

Su inteligencia es acumuladora y ordenadora y adopta - un aire más dinámico y original. Los juegos entre niños de ambos sexos, comienzan a interesarles aunque no siempre es así; a los niños no les gusta jugar con muñecas por miedo a las burlas. Sin embargo, las niñas son más adaptables a los juegos varoniles y más difícil que sientan pena al jugarlos.

A los doce años aparece la época prepuberal, y toma -- cuerpo el interés predominante por sí mismo, que será propio -- del joven adolescente.

La socialización no será tanto en grupo, sino más indi vidual. La distancia entre los sexos y las diferencias intrínsecas de mentalidad son notables ya que las niñas superan en ma durez a los niños.

El lenguaje en éste período, es muy especial pues sus palabras son de deseo y emoción, sus conversaciones son más de un joven maduro, listo para entrar en la adolescencia. A éstos niños no les gusta que los fuercen, o que se hagan injusticias con ellos. No se les debe mimar ya sean por los amigos o la fa milia.

En el consultorio dental se les debe tratar como un jo ven adolescente y no como un niño. Se les deberá explicar to--

das las cosas que les vamos a realizar y todos los instrumentos que utilizamos serán explicados para que sirven. Son niños muy cooperadores y obedientes.

CAPITULO IV

IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGIA INFANTIL

Se considera a la odontología infantil como el servicio más necesitado y sin embargo, el más olvidado entre los servicios que presta el cirujano dentista. A pesar de su gran importancia que tiene esta rama de la odontología algunos cirujanos dentistas tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia, o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología infantil actualizada.

Al realizar un tratamiento odontológico en un niño, deberá ser adecuado y satisfactorio, ya que si es al contrario dañará permanentemente al aparato masticatorio, y dejándolo con problemas dentales que hoy en día son tan comunes en la población adulta.

Cuando un odontólogo asume la responsabilidad de trabajar con niños, deberá saber que la tarea le resultará algo difícil ya que practicar la odontología perfecta en niños no es fácil. Puesto que está requiere de amplios conocimientos de los cuales gran parte se utilizan para adultos, pero otra parte pertenece solo a la odontología infantil.

La odontología para los niños requiere algo más de conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en período de formación, tan sólo en ellos se encontrará este crecimiento y desarrollo apresurado y de constantes cambios.

La odontología infantil trata generalmente de la prevención, pues no existe ninguna fase en este campo que no sea -

preventiva en su perspectiva más amplia, la odontopediatría deberá ser preventiva y correctiva.

La mayor importancia de la odontopediatría es la curación y rehabilitación de la salud dental de los niños que serán los adultos del futuro próximo. La necesidad que tiene el niño de una dentición funcional es mayor que la del adulto, porque sus requerimientos de calorías nutrientes son proporcionalmente más grandes mientras esta creciendo rápidamente, y al mismo tiempo viviendo una vida muy activa y, si ha de alcanzar un estado nutricional óptimo, entonces necesita sus dientes para poder comer con ellos.

La preocupación por su salud dental en particular por la prevención de la enfermedad bucal y el mal desarrollo por su tratamiento precoz cuando ocurre, y por el alivio del dolor cuando este existe.

4.1. RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA.

El cirujano dentista adquiere una responsabilidad muy grande al trabajar con niños y no sólo con ellos, sino también con la comunidad y consigo mismo.

La responsabilidad para consigo mismo la adquiere durante el transcurso de la carrera, el estudiante adquiere dos atributos que le ayudarán a lo largo de la carrera: ego y humildad.

Su ego debe hacer que se enorgullezca de su profesión, puesto que es elegida por el mismo y pensando que ayudará a elevar los niveles de salud de la comunidad. Debemos estar bien preparados y equipados para poder practicar la profesión correctamente.

Deberá tener la suficiente confianza en su carrera profesional lo que por derecho le corresponde en la comunidad y en la sociedad.

El cirujano dentista deberá tener la suficiente humildad para darse cuenta de que el aumento de capacidad trae consigo grandes responsabilidades y que no deberan tomarse a la ligera. No puede nunca dar por terminado su aprendizaje, ya que la odontología es una profesión en constante crecimiento y cuyas técnicas estan en constante cambio y actualización. Esto lo logrará asistiendo a cursos, congresos, seminarios y conferencias, etc.

La responsabilidad del cirujano dentista hacia su paciente requiere de un buen juicio al planear y llevar a cabo el tratamiento. El servicio debe realizarse usando al máximo su capacidad y deberá cobrarse un honorario fijo por ello.

Uno de los principales requisitos para atender a los niños es saber manejarlos bien para poder evitar frustraciones futuras en los niños y en nosotros.

Un cirujano dentista competente debe ser capaz de contestar inteligentemente las preguntas de los pacientes y de los padres con conocimientos correctos. También dar énfasis a la prevención de problemas dentales lo que requiere no solo de conocimientos de la técnica sino de su función científica.

Además de esto, debe transmitir al paciente y al padre el valor de los cuidados dentales adecuados, deberá convencerlos de que estos cuidados son una inversión para la salud futura.

También deberá recomendarles una dieta balanceada y --

con restricción de carbohidratos ya que estos son el factor desencadenante de la caries dental.

La responsabilidad hacia su comunidad es la de establecer programas públicos de salud dental, junto con otros médicos ya sea generales o especialistas para elevar el nivel de salud en los niños.

Al promover estos programas hace que la gente aprecie en su justo valor la odontología, puesto que nadie puede apreciar algo que no comprende, tan solo se le da valor al servicio dental como una necesidad en una emergencia.

El programa más acertado es el que tiene continuidad, ya sea preventivo o correctivo y esto lo hace más completo. Los padres deberan ser los más informados de la salud dental de su familia para que lleve a sus hijos el consultorio dental.

PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS

Programas preventivos. Deben ser tanto educativos como clínicos los aspectos educativos de un programa, refuerzan la importancia de preservar los dientes y los tejidos periodontales y evitar la posibilidad de maloclusiones.

Mencionaremos algunos métodos preventivos que usaremos para realizar nuestra propaganda en los programas de salud dental y son los siguientes:

1. La higiene bucal que incluye técnicas de cepillado y uso del hilo dental.

2. Factores dietéticos. Se les dará una dieta balanceada con disminución de carbohidratos.

3. Profilaxis con fluoruro. Se explicará como se realiza en el consultorio dental y para que sirve.

Programas correctivos. Generalmente implica tratamiento de caries dental, aunque los medios preventivos que existen ahora reducirán la importancia de la caries dental, se atenderán más niños y se elevará el nivel de salud en la comunidad y el odontopediatra debiera dejar que su experiencia y capacidad sean utilizados en los medios que dicte su altruismo. El cirujano dentista tiene que dar información de los servicios dentales que existen para la comunidad, no solo de los privados sino también de los públicos.

CAPITULO V EL CONSULTORIO DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA

5.1. AMBIENTE Y DECORACION.

Es importante considerar el tipo de decoración en el consultorio, si se va adedicar enteramente a los niños. Desde la sala de recepción hasta las salas de tratamiento pueden tener un tema definido.

La sala de recepción es la "vidriera del consultorio", el primer impacto que recibirá el niño y sus padres y que seguramente esa reacción inicial ayudará a la aceptación o el rechazo de todo lo que sigue.

Se pueden colocar accesorios decorativos con temas infantiles que dan un toque de fantasía al consultorio y además ayudan a desvanecer el miedo en los niños.

La música relajante y apenas audible proporciona efectos reconfortantes en los padres y en el niño y hace desaparecer la frialdad que a menudo se siente en una habitación silenciosa. Deberá existir lecturas apropiadas para los adultos que acompañan a los niños al consultorio dental.

Si la práctica no está limitada a los niños, una manera eficaz de inspirar esta sensación es hacer que la sala de espera sea similar en varios aspectos, al medio familiar. Hágala cómoda y cálida y que de la sensación de que los niños la frecuentan, al hacer esto se superan las sospechas que siente cada niño.

Una de las maneras de lograr esto es apartar un rincón de la sala especialmente para ellos con mesas y sillas donde -- puedan sentarse y leer libros y revistas infantiles.

Las tarjetas que recuerden las visitas y las de notificaciones deberán ser atractivas, para que sienta que le son enviadas a él.:

La sala de tratamiento puede hacerse más atractiva si algunos dibujos en las paredes muestran niños jugando. El dibujo de un niño alegre y riéndose es siempre bueno.

Se deberá evitar que los niños vean sangre o adultos -- con dolores; las personas con los ojos irritados de llorar o -- perturbadas enervarán a los niños. Esto se logra haciendo que los niños salgan por otra puerta o programando las visitas infantiles para el mismo horario diariamente.

5.2. COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Se puede hacer que los padres comprendan que una vez -- en el consultorio, el odontólogo sabe mejor como preparar emocionalmente al niño para el tratamiento necesario.

Cuando el niño es llevado a la sala de tratamiento, no deberá seguirlo o tratar de llevarlo, a menos que el odontólogo les invite a hacerlo. Algunos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de los padres sin embargo, hay casos en que -- la sólo presencia de los padres infunde confianza en el niño, -- especialmente si tiene menos de cuatro años de edad.

Si se invita al padre de un niño mayor a pesar a la sa la de tratamiento, deberá comportarse como huésped pasivo, y -- permanecer de pie o sentado alejado de la unidad. No deberá ha

blar al cirujano dentista, ni al niño al menos que se le pida, ni tomar de las manos al niño, ni mirarlo con expresión asustada; pues de esta manera la madre comunica una información falsa al niño trastornando el éxito de su manejo. Esta división de -obediencias llevará a desconfiar del cirujano dentista y creará temor a los procedimientos dentales.

Es importante instruir a los padres de algunos puntos de importancia. El cirujano dentista puede hacer mucho en la educación de los padres, para que éstos se aseguren de que su hijo no llegue al consultorio con dudas y miedo.

Si se informa a los padres de ciertas reglas antes de traer al niño al consultorio por primera vez será de gran ayuda para ellos y para su hijo.

1. Los padres no deben expresar sus miedos personales frente del niño, pues la causa primaria del miedo en los niños es oír a sus padres quejarse de sus experiencias personales con el cirujano dentista. También deben de ocultar sentimientos de ansiedad en expresiones faciales, cuando llevan a su hijo al odontólogo.

2. Nunca deben utilizar a la odontología como amenaza de castigo, sino que los padres deben familiarizar al niño llevándolo al cirujano dentista para que se acostumbre al consultorio y empiece a conocerlo.

3. El ambiente en casa y la importancia de actitudes moderadas por parte de los padres llega a formar niños bien centrados que serán generalmente buenos pacientes dentales, el obtener servicios dentales regulares contribuirá además de preservar la dentadura, a la misma formación de un buen paciente.

4. Los padres no deberán sobornar a sus hijos para -- que vayan a consultar al cirujano dentista pues este método significa para el niño que puede tener que enfrentarse a algún peligro.

5. No es correcto tratar de vencer el miedo al tratamiento por medio de burlas o ridiculizando a los servicios dentales pues solo se creará resentimiento hacia el cirujano dentista. Por el contrario deberán estar conscientes de la importancia de combatir las impresiones perjudiciales sobre la odontología que lleguen de fuera.

6. Nunca deberá mentirse al niño sobre lo que hará el odontólogo, ni prometer que éste no le hará daño pues sólo se creará desconfianza y decepción.

7. Cuando el niño deba visitar al cirujano dentista, los padres lo comunicarán a su hijo de forma natural, varios días antes de la cita, sin forzar las cosas mostrar exceso de simpatía, miedo o desconfianza.

CAPITULO VI

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

El saber manejar el niño en el consultorio dental es una responsabilidad del cirujano dentista, que asume desde la primera visita del niño al consultorio.

Y por medio del cual se puede completar un tratamiento para un pequeño paciente en el menor tiempo posible, asegurando al mismo tiempo que volverá a continuarlo.

El niño deberá prepararse una cita antes de lo que es el consultorio dental para que la próxima cita se empiece a trabajar en el tratamiento que hemos decidido y esto será menos presión para el niño. El cirujano dentista deberá aplicar su psicología en el manejo de los niños ya que estos tendrán diferentes temperamentos.

6.1. RELACION CLINICO PACIENTE

La actitud del odontólogo deberá infundir confianza al niño, ya que éste entra con miedo al consultorio dental; se le hará notar que no es el único que pasa por esa experiencia. El momento y la duración de la visita es muy importante ya que ésta no deberá ser muy extensa pues puede afectar en el comportamiento del niño.

La conversación del cirujano dentista deberá ser a nivel del niño en posición de ideas, palabras o juegos. Se utilizan palabras que el niño comprenda, hablar de cosas interesantes para que no se haga monotonía la conversación.

No se debe tratar a un niño mayor como a un bebé se -- les deberá tratar como una persona mayor para que coopere con -- nosotros. Cada niño debiera recibir la atención completa del ci rujano dentista, se verá como si fuera el único paciente que se atiende en el día. Es muy importante explicarle cada procedi-- miento antes de realizarlo e informarlo de lo que vamos a hacer. Se le recompensará al paciente que se porte correctamente y se le felicitará por su buena conducta.

El cirujano dentista deberá evitar utilizar palabras - que inspiren miedo al niño, muchos de los temores sugestivos no los produce el procedimiento en sí, sino el significado atemori zante de algunas palabras.

6.2. CLASIFICACION DEL PACIENTE INFANTIL SEGUN SU TEMPERAMENTO.

Desde el punto de vista práctico hay dos grandes clasi ficaciones que se aplican según la conducta del niño, cooperado res y no cooperadores. En este último grupo es donde se presen tan los problemas en el manejo dentro del consultorio dental, y es aquí donde tiene que aplicar el odontólogo su psicología y - dentro de estos tenemos:

A. Niño negativo- su conducta se debe a que les exi-- gen responsabilidades incompatibles con su edad, impuesta por - sus padres que no aceptan al niño como es, siendo extremadamen- te criticos, exstrictos, incluso los rechazan, ocasionando en el niño resentimiento y evasión, sumisión e inquietud que se mani- fiesta en una actitud negativa. Obedecen las ordenes con retra- so. Sin embargo estos niños llegan a ser buenos pacientes con- el trato amable y considerado.

B. Niño sobreprotegido- Su conducta se debe a una - preocupación excesiva por parte de sus padres como consecuencia

de alguna enfermedad o accidente.

Se asocia con excesos de afecto, protección y mimo; no se le permite jugar solo. Se exageran sus enfermedades haciéndolo guardar cama sin necesidad es tímido, huraño y temeroso y -- les falta capacidad para tomar decisiones.

La principal dificultad del cirujano dentista consiste en vencer sus temores pero si se le alienta se asegura al niño-- de acciones satisfactorias.

C. Niño mimado-- Se siente muy protegido por los padres, son desafiantes, se sienten superiores a los demás, son -- desconsiderados y egoístas, se impacientan hacen verrinche e incluso tratan de golpear. Solo hablan para decir que no quieren las cosas y tratar de persuadir al cirujano dentista e incluso forzarle para evitar el tratamiento. Para tratar a un niño de éste temperamento debe entrar sólo al cubículo y el odontólogo-- debe imponerse con disciplina para que el niño note que quien -- manda es el cirujano dentista y no él. Comprendiendo el significado de la docilidad son buenos pacientes y muy cooperadores.

D. El niño miedoso. El miedo y el temor son estados-- de ánimo que se presentan cuando se sienten amenazados en su -- existencia individual. Se atemorizan ante la separación de la madre quien debe permanecer a su lado.

Este niño es inseguro, retraído, llora con facilidad y no tiene confianza en si mismo; trata de hacer poco por miedo -- al fracaso. Este tipo de miedo se produce cuando el niño asocia algunos estímulos con un dolor posible. Estos niños son po-- co cooperativos y debe dárseles un trato amable y considerado.

E. Niño rebelde. Es el resultado de un rechazo por --

parte de los padres que se manifiesta con una conducta poco cooperadora, agresiva vengativa, desobediente, nerviosa y una actividad exagerada. Lloriquea tiene arranques de mal humor intentando por este medio conmovir a sus padres para que lo saquen del consultorio.

Para poder realizar el tratamiento con estos tipos de niños debe realizarse primero una entrevista con los padres para que den su consentimiento. Cualquier desobediencia debe tratarse no con rechazo sino siendo amigable y comprensivo.

Estos niños demandan mucho y deben respetarse sus decisiones y peticiones dentro de lo posible porque están necesitados de atención y bondad.

6.3. CARACTERISTICAS DEL PACIENTE ADOLESCENTE.

En general, los adolescentes no son pacientes odontológicos difíciles. Muchos grupos profesionales estiman que los adolescentes son casi imposibles de manejar: que no desean comunicarse y relacionarse en algún sentido con los adultos, que muestran marcados cambios de ánimo y que tienen un fuerte deseo de independencia. Sin embargo, estas características atribuidas a los adolescentes rara vez constituyen un problema para el odontólogo. En parte esto es así porque el adolescente desea presentarse como fuerte, independiente y bravo, enfrentando el tratamiento dental con un aire de valor y osadía.

Muchos de los problemas de los adolescentes están relacionados con su aspecto. Sin embargo, aceptan sorprendentemente bien el uso de los aparatos de ortodoncia, pues estos a menudo se convierten en un símbolo de posición entre los adolescentes. Quizás el mayor problema en relación con estos pacientes este en motivarlos para bien para que se cuide los dientes en el

período de la niñez hasta la edad en que se preocupa realmente por su aspecto.

En este intervalo es muy probable que ignore las sugerencias relacionadas con la higiene dental, pues se vale de ese descuido como una parte más de su esquema global de rebelión.

Al parecer el método más eficaz de encarar el problema del descuido personal, es el enfocarlo sobre la base de que él-ya es un "hombre". Como las niñas son más complacientes, no --tienden a mostrar el grado de rebelión de los varones. También aprenden antes a preocuparse por su aspecto personal, y por lo tanto, plantean menos problemas de higiene de su contraparte --masculina.

El enfoque autoritario, por el cuál el odontólogo dicta la ley al adolescente, tiene garantía casi segura de fracaso. En el muy inmaduro podrían producir efecto las técnicas empleadas con los niños. El odontólogo deberá guiarse no por el tamaño físico sino por la madurez emocional.

6.4. TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

El primer paso es saber si el niño teme excesivamente a la odontología, y porqué. Esto se puede descubrir preguntando a los padres, viendo sus actitudes y observando al niño de cerca. Conociendo la causa del miedo, controlarlos se vuelve --más sencillo.

El segundo paso es familiarizar al niño con el equipo y la sala de tratamiento dental. Por este medio se gana la confianza del niño y el miedo se transforma en curiosidad y cooperación. El cirujano dentista deberá explicar como funciona cada pieza, para que el niño se familiarice con los sonidos y ac-

ciones de cada objeto e instrumento dental. Se explica el control a pie del motor, de manera que el niño sepa que la fresa - no esta descontrolada, sino que puede ser detenida en cualquier momento que sea necesario.

El siguiente paso será ganar completamente la confianza del niño, mostrándole interés por sus problemas. Es importante elegir palabras e ideas para facilitar la comunicación a nivel del niño. El odontólogo tiene que humanizar sus relaciones con los niños y llegar a ser verdaderamente su amigo.

Con lo que respecta al tratamiento dental, en la primera visita deberán realizarse solo procedimientos menores e indoloros. Obtener la historia, clínica dar la técnica de cepillado, informar al paciente que se le limpiarán los dientes y se los recubrirán con solución de fluoruro. Se pueden tomar radiografías explicando la unidad de rayos X como una enorme cámara-fotográfica, y la película como el lugar por donde aparecerá la fotografía. Cuando el niño vea las radiografías se enorgullecerá de lo que logró.

Es buena táctica pasar de operaciones más sencillas a más complejas, a menos que sea necesario tratamiento de urgencia. Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia al consultorio dental para su primera visita con dolores y necesidad de tratamiento más extenso. Al niño deberá explicarsele -- que si avisa que molesta demasiado el cirujano dentista hará -- las cosas de manera que no moleste tanto y con más suavidad. -- La franqueza y honestidad deberán permanecer constantes en todas las visitas dentales futuras, y deberá recordarse esto al -- niño antes de cada operación dental.

A veces los niños de edad preescolar gritan con fuerza y largamente en la silla dental, lo cual dificulta el hacerse -

comprender. En ocasiones la simple amenaza de sacar a los padres de la sala basta para que se calmen. Pero cuando continúa con el llanto y gradualmente va llegando a la histeria hay que usar medios físicos para calmarlo y escuche lo que se le dice.

La manera más sencilla es colocar suavemente la mano sobre la boca del niño, sin obstruir la respiración y hablarle con voz normal diciéndole que no es un castigo sino un medio para que el niño escuche y que retirará la mano cuando deje de llorar. Este método es muy eficaz y estos niños se vuelven pacientes ideales. No guardan resentimiento y se dan cuenta que fue por su bien.

Sin embargo este recurso deberá utilizarse en caso extremo después de que fracasaron otros medios en un paciente ya histérico.

CAPITULO VII HABITOS ORALES Y SU TRATAMIENTO

7.1 ETIOLOGIA Y CLASIFICACION.

Los dentistas consideran éstos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan éstos hábitos largo tiempo.

Por éste problema también se interesa el pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo, especialistas en problema del lenguaje y los padres del niño.

Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Es de gran importancia poder formular diagnósticos sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales.

Reflejo de succión. Al nacer, el niño desarrolla un patrón reflejo de funciones neuromusculares llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas. Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse de ella, como lo demuestra los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento.

Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad. A medida que se desarrolla su vista y oído el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia.

A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre y satisface la necesidad de tener algo en la boca.

CLASIFICACION.

Los hábitos orales se clasifican en No compulsivos y Compulsivos:

Los No Compulsivos. Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite deshechar ciertos hábitos indeseables y fomar nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se puede lograr cambios por medio de halagos, y en cierto casos amenaza de castigos fuertes por parte de los padres.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar es lo que se denomina no compulsivos.

Los Compulsivos. Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido 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 por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido de demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternal juega un papel importante en muchos casos.

7.2 BRUXISMO

El bruxismo o bricomania es la falta de armonía oclusal o la sobremordida excesiva, con frecuencia están asociadas con éstas aberraciones funcionales. Aunque la causa precisa del bruxismo y la bricomania es desconocida, se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos, el igual que con los trastornos de articulación temporomandibular.

Los ruidos que producen el bruxismo se realizan con gran fuerza que produce abrasión. Otros factores son la tensión nerviosa y la superestructura del individuo que es la más importante. Si no se solucionan estos problemas el deterioro periodontal puede ser el resultado.

La contracción tetánica de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado duran-

te el sueño, puede ser una secuela desfavorable de la mordida profunda. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de graficación en el rechinar de los dientes. Los individuos --- nerviosos son más propensos a rechinar y fracturar los dientes mediante los movimientos de bruxismo. Generalmente el bruxismo nocturno no es duplicado durante, las horas de vigilia. -- Existe sobremordida y mal funcionamiento de la oclusión.

Tratamiento. Se utiliza una placa oclusal que se realiza tomando modelos de estudio, adaptar los ganchos en los últimos molares para mejor retención que serán de tipo circunferencial y alambre labial para que evite el desplazamiento sobre los incisivos, la porción palatina puede ser encerrada y curada mediante el enfrascado lo que proporciona una reproducción más exacta y menos porosa.

También se puede utilizar acrílico endotérmico y mezclarse el polvo y el monómero directamente sobre el modelo de estudio. No deberá uno preocuparse por la dimensión vertical ya que esto se soluciona mediante la eliminación del exceso de acrílico sobre el plano oclusal cuando se ajusta el aparato en la boca. Una vez pulido la placa se coloca en la boca del paciente y se le revisa el ajuste de los ganchos y la adaptación del acrílico, se quitarán todas las proyecciones -- agudas del acrílico hacia los espacios interdentarios. Si se usa alambre labial este deberá hacer con los incisivos aproximadamente en el tercio apical. Se deberá usar en las noches.

7.3 SUCCION DEL PULGAR O ALGUN OTRO DEDO.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye un intercambio más importante - con el medio exterior. De él obtiene no sólo la nutrición, si

no también la sensación de euforia y bienestar, tan importante en la primera parte de la vida.

Los labios del lactante son sus órganos sensoriales - y es la vía del cerebro que se encuentra más desarrollada. En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto - constante, la mandíbula se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás.

El seno materno hace contacto con toda la boca y el niño al mamar siente el calor de la madre. La tetilla artificial corriente sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios. Debido al mal diseño la boca se abre más y exige demasiado el mecanismo del buccionador y esto hace que el mamar se --- convierta en chupar.

Andersson dice que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos orales. La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos, que pueden -- ser considerados como normales durante el primer año de vida, - desaparecen espontáneamente al final del segundo año si se presta atención debida a la lactancia.

Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma -- continua a su nuevo ambiente, algunos aceptarán la restricción - y sublimarán sus actividades buscando, otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento.

El niño aprende rápidamente a atraer la atención de - sus padres, y generalmente lo consigue mediante este hábito y - no obstante los padres no deberán fijarse ni provocarlo. La -- continua vigilancia de los padres para sacar el dedo de la boca da a

los niños un arma poderosa y un mecanismo para atraer toda la atención de los padres.

Durante los tres primeros años de la vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión es limitada principalmente en el segmento anterior, éste daño es temporal siempre y cuando el niño principie en oclusión normal.

Los daños que produce el hábito de chuparse el pulgar sería una maloclusión clase dos división uno, la mandíbula es retrognática, sobre merdida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina y arcadas dentarias estrechas, apiñamiento leve en dientes anteriores inferiores.

El hábito activo después de la edad de los cuatro años son hábitos prolongados en niños de hogares en que dejan el hábito después de más tiempo a causa de padres persistentes, que el tiempo en que el niño lo hubiera eliminado por sí mismo.

La duración de éste hábito no es el único factor determinante. Igualmente importantes son los dos otros factores: la frecuencia del hábito durante el día y la noche que afectan el resultado final: la intensidad del hábito también es importante.

Estos por lo tanto, constituyen el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder conocer la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento.

Tratamiento. Se coloca un aparato para eliminar el hábito. La edad más óptima para colocarlo es entre la edad entre los 3 años a 4 años. En ésta edad es cuando el niño es más

accesible a utilizar el aparato.

El aparato desempeña varias funciones:

1. Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión y ésto le hace perder la satisfacción.

2. Evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como, reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.

3. El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una masa más ancha y normal.

Si los niños son sanos y normales se observará pocas secuelas desfavorables, salvo un defecto del habla temporal silbante que generalmente desaparece cuando el aparato es usado -- constantemente después de que se retire.

El aparato utilizado para el tratamiento es la criba-fija.

MODO DE REALIZARLO:

1. Se toma una impresión de alginato en la primera visita y se vacían los moldes de yeso.

2. Los segundos molares deciduos son recordados tres milímetros en la circunferencia del margen gingival.

3. Se selecciona una corona de acero inoxidable del-

tamaño adecuado, la cual se contornea si es necesario.

4. Se corta una ranura en la corona a nivel de la superficie mesio-bucal o disto-bucal y se lleva a su lugar.

5. El aparato palatino se fabrica con alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de calibre 0.040.

6. El alambre de base en forma de U se adapta pasándolo mesialmente al molar deciduo hasta el nicho entre los primeros molares deciduos caninos primarios, en éste punto se hace un doblez agudo para llevar el alambre en dirección recta hasta el nicho entre el molar deciduo y el canino primario opuesto, manteniendo el mismo nivel gingival. Es importante seguir el contorno del paladar si se ha reducir la succión.

7. En el nicho del primer molar deciduo y canino opuesto se dobla el alambre hacia atrás a lo largo del margen hasta la corona del segundo molar deciduo. El alambre base deberá ajustarse pasivamente al colocarse en el modelo. El aparato central consta de espolones y una asa de alambre del mismo calibre.

8. El asa se extiende hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente 45° con respecto al plano oclusal.

9. El asa no deberá proyectarse hacia atrás más de la línea trazada que une las superficies distales de los segundos molares.

10. Las dos patas de esta asa central se continúan más allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente.

11. Con pasta de soldar a base de flúor y soldadura de plata, se suelda el asa a la barra principal.

12. Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar se suelda entre las dos proyecciones anteriores al asa central.

13. La barra principal y el aparato soldado son a -- continuación soldados a las coronas colocadas en los segundos molares.

14. Una vez limpiado y pulido el aparato está listo para la inserción.

15. Se rectifica que no existen interferencias oclusales y se cementa.

7.4 SUCCION LABIAL.

En muchos casos el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores, logrando esto por medio del músculo borla de la barba que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba.

Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva.

El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo del labio inferior puede ser no

tados por un cirujano dentista observador, aunque el padre no -- este conciente del hábito. El número de casos en que es necesario colocar un aparato para labio es pequeño. La actitud labial anormal casi siempre está ligada con maloclusiones de clase II, - división I. y problemas de mordida abierta.

El primer servicio que deberá ser prestado en estos ca sos es el establecimiento de la oclusión normal. Generalmente - esto exige los servicios de un especialista en ortodoncia y la - eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal. En los casos en que el hábito es primordialmen te un tic neuromuscular, el aparato para el hábito de labio pue- de ser muy eficaz. Las malas relaciones de los dientes incisi- vos pueden eliminarse por la acción de la lengua que los alinea, mientras que el aparato para el labio evita que la actividad - - anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

Tratamiento.- Se hacen impresiones de alginato supe- riores e inferiores y se corren en yeso. Los moldes pueden ser- montados en un articular de bisagra o de línea recta.

Se recortan los molares permanentes inferiores o los - molares deciduos en la porción gingival a cada lado del espacio- hasta una distancia de 2 mm.

Se realizará un esfuerzo para observar el contorno del diente como aparecería bajo el tejido gingival. Se hacen coro- nas metálicas completas o se colocan bandas de ortodoncia adecua das sobre los dientes pilares. Se adapta un alambre de acero -- inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que corra en - sentido anterior desde el diente de soporte, pasando los molares deciduos, hasta el nicho entre el canino y el incisivo lateral.- Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar- el alambre de base hasta el aspecto labial. Después de cruzar - el espacio interproximal, el alambre se dobla hasta el nivel de- márgen incisal labio-lingual que lleva hasta el nicho correspon-

diente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares. La porción anterior del alambre (la porción labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en posición de oclusión, si sucede esto el alambre deberá ser doblado para tomar una posición más gingival. El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos superiores 2 o 3 mm para permitir que estos se desplacen hacia adelante.

A continuación, puede agregarse un alambre de níquel y cromo o acero inoxidable de 0.036 o 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre base cruce el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm. Después se dobla y se lleva horizontalmente cruzando la encía de los incisivos inferiores paralelo al alambre de base.

Esta porción paralela deberá estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales. A continuación se suelda el alambre base a la corona o a las bandas y se revisa que el aparato esté libre de interferencias oclusales e incisal. Después de pulirlo se cementa sobre los dientes.

La porción labial puede ser modificada agregando (acrílico) entre los alambres base y auxiliar lo que tiende a disminuir la irritación de las mucosas del labio inferior. El aparato para labio se reduce gradualmente antes de retirarse.

Los alambres auxiliares se retiran primero y el resto del aparato varias semanas después. Un período de 8 a 9 meses de uso es aceptable.

7.5 EMPUJE LINGUAL

Frecuentemente, la lengua es el único problema ya que no suele haber hábito de dedo, pero 500 a 1000m. veces diarias la lengua se proyecta hacia adelante para acentuar la mordida abierta ó la protrusión de los incisivos superiores. La acción de la lengua a manera de émbolo, muy similar al acto de mamar se considera una inversión o una característica residual de este mecanismo infantil.

Con la erupción de los incisivos a los 5 ó 6 meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúe proyectandose hacia adelante. Lo posición de la lengua durante el descanso es también anterior por lo que la fuerza deformante es obvia y funciona como causa eficaz de la maloclusión aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio interoclusal, estando los dientes posteriores en todo momento.

Esta no es una situación sana para los dientes pues un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía. El resultado final frecuentemente es mordida abierta permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

Tratamiento. El aparato utilizado tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución. El aparato para el hábito de proyección lingual debiera intentar lograr:

1. Eliminar la proyección anterior energética y efecto a manera de émbolo durante la deglución.

2. Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y que la --

punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Los segundos molares deciduos actúan como soportes - satisfactorios. Si existen los primeros molares permanentes y han erupcionado suficientemente son preferibles.

Se hacen buenas impresiones de alginato de ambas arcadas dentarias y se corren en yeso. Se montan sobre un articulador de bisagra. La porción mesial del primer molar permanente y la porción distal del primer molar deciduo se recortan sobre el modelo, impidiendo el contacto con el segundo molar deciduo un milímetro o dos es más que suficiente. El margen gingival del segundo molar deciduo es cortado, siguiendo el contorno de los dientes hasta una proximidad de 2 o 3 mm. sobre las superficies vestibular, lingual, y proximal. Se seleccionan coronas de metal de tamaño adecuado y se contornea la porción gingival para ajustarse a la periferia desgastada de los dientes sobre los modelos.

La barra lingual en forma de U, de aleación de níquel cromo o de acero inoxidable de punto .040 pulgada, se adapta comenzando en un extremo del modelo y llevando el alambre hacia adelante hasta el área de los caninos a nivel del margen gingival. La barra deberá hacer contacto con las superficies linguales prominentes de segundos y primeros molares deciduos.

Después se colocan en oclusión los modelos y se traza una línea hasta el canino opuesto. Esta línea se aproxima a la relación anteroposterior de los márgenes incisales superiores respecto a la dentición superior. El alambre de base se adapta para ajustarse al contorno del paladar, justamente por el aspecto lingual de esta línea, y se lleva hasta el canino del lado opuesto, después se dobla la barra y se lleva atrás a lo largo del margen gingival, haciendo contacto con --

las superficies linguales de los primeros y segundos molares deciduos y de la corona metálica colocada sobre el primer molar -- permanente. Posteriormente puede formarse la criba que se realiza con alambre del mismo calibre que para la barra base. Un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino. Utilizando la pinza 139 o similar, se hacen 3 o 4 proyecciones en forma de U de tal manera que se extiendan hacia abajo hasta un punto justamente atrás de los ángulos de los incisivos inferiores - cuando los modelos se pongan en oclusión sin que haya contacto - que pudiera interferir con la erupción de estos dientes. La criba se suelda al alambre base y el alambre base mismo se coloca sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas. Después de pulir y limpiar el aparato se prueba en la boca y se cementa.

Dependiendo de la gravedad del problema de mordida - - abierta, puede ser necesario de 4 a 9 meses para la corrección - autónoma de la maloclusión.

La mejor edad para la colocación de estos aparatos es - entre los 5 y 10 años de edad. Después de esta edad es posible que se refieran a un ortodoncista. Puede existir mordida abierta posterior. Estos hábitos se presentan con mayor frecuencia - en las maloclusiones clase II, división 2, lo que apoya la hipótesis de que la función lingual es un factor en la creación o en la perpetuación de la falta de erupción de los dientes afectados en los segmentos posteriores. Puede utilizarse una criba para - hábito modificada para eliminar la proyección lingual lateral y permitir la erupción de estos dientes.

7.6 RESPIRACION BUCAL

Este hábito se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal este hábito se considera un factor asociado o simbiótico y, en menor grado, el resultado de la maloclusión.

En muchos casos, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de la función muscular peribuca normal reactiva el labio superior haciendo posible el cierre de los labios, y estimula la respiración nasal normal.

En los niños es poco frecuente respirar continuamente con la boca, y los que lo hacen pueden clasificarse en tres categorías: 1) por obstrucción, 2) por hábito, 3) por anatomía.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se halla 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 cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. El que respira por obstrucción nasal es aquel en donde el efecto de fibración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde por obstrucciones nasales como cornetes agrandados.

Debe poderse distinguir a cual de estas categorías pertenece el niño. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1. Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que recubre los conductos nasales, rinitis atrofica condiciones climaticas frías y cálidas o aire contaminado.

2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto -- nasal.

3. Adenoides agrandadas.

Por este hábito el niño puede presentar la "facies adenoides" que consiste en la cara estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protusión labial y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores. Los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban ocasionando un maxilar superior en forma de V y una bóveda palatina elevada.

Tratamiento. Protector bucal. El odontólogo puede intervenir con un aparato eficaz que obligara al niño a respirar por la nariz esto se logra con la construcción del protector bucal que bloquea el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales. Debemos asegurarnos de que el conducto nasofaríngeo esta suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire si el niño no puede respirar por la nariz o lo hace con dificultad debe enviarse a un rinólogo.

Si el niño respira sin dificultad hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, por lo que se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca, el protector descansa contra los pliegues bucales y generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama dejándose puesto toda la noche para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector se fabrica con un material compatible con los tejidos bucales como las resinas sintéticas. Debera tener un espesor de 1.56 mm. a 2.34 mm. se ajusta al vestíbulo de la boca y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector a las piezas. Se construye sobre modelos articulados, manteniendo el contacto al verter el yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos estan

en oclusión. Al asentarse el yeso desde el aspecto lingual se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un molde o patrón --translúcido de papel y este se aplica sobre la resina o el Plexiglas recortandolo con la forma deseada, y se adapta a los modelos y con exactitud a las piezas anteriores. El protector ya terminado deberá tocar sólo las piezas maxilares anteriores y -deberá estar alejado de la encía bucal, en inferiores y en superiores 1.56 mm.

CAPITULO VIII MANTENEDORES DE ESPACIO

Es un aparato que sirve como su nombre lo indica, para mantener el espacio de un diente, que se ha perdido prematuramente por algún factor determinante y lograr así que el diente que le sucede tenga suficiente espacio para hacer erupción.

Además de sus funciones en el proceso masticatorio y como ayuda para la pronunciación, los dientes primarios sirven como mantenedores de espacio naturales y como guía en la erupción de los dientes permanentes para que estos obtengan una posición correcta. Por lo tanto, los dientes primarios especialmente los molares, son un factor de importancia en el desarrollo normal de la dentición permanente.

La pérdida prematura de cualquier diente temporal ocasionada por caries u otros factores pueden producir mal posición de los dientes adyacentes y antagonistas a menos que un mantenedor de espacio se coloque en la boca del paciente.

El efecto depende de las fuerzas que actuen sobre el diente. Estas fuerzas dependen a su vez:

1. De la posición de los dientes en el arco.
2. Del estado de erupción del último molar.

8.1. INDICACIONES

Las indicaciones para el uso de los mantenedores de espacio se han clasificado por medio del estudio de los efectos de la pérdida prematura de los dientes tanto primarios como permanentes durante las fases de la dentición mixta y desarrollo -

del arco dental. Los efectos producidos por la pérdida de dientes en la dentición primaria y mixta y su adecuado reemplazo -- por medio de un mantenedor de espacio, previene serios problemas dentales en el adulto.

Control del espacio en la dentición. Una parte importante de la ortodoncia preventiva es el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida prematura de los dientes temporales. Tenemos que ser conscientes de la importancia de los -- problemas que atrae no mantener el espacio del diente faltante -- que puede con frecuencia destruir la integridad de la oclusión normal.

Determinación de la longitud del arco antes de procedimientos para mantener el espacio; nos enfrentamos al problema -- de-mantener el espacio después de la pérdida de un diente temporal, de uno sólo o de varios. Debemos mirar más allá del estado inmediato de la dentición y debemos pensar en términos del -- desarrollo de los arcos dentales y establecimiento de una oclusión funcional. Se ha de establecer el tamaño de los dientes -- permanentes aún sin erupcionar, específicamente los ubicados -- por delante de los primeros molares permanentes, también se debe determinar la cantidad de espacio que necesita para el alineamiento correcto de los dientes permanentes anteriores. En -- general podemos decir que el mantenedor se indica en los siguientes casos:

1. Cuando se pierde un segundo molar primario antes -- de que el segundo premolar esté preparado para ocupar su lugar.

2. En caso de ausencia congénita de segundos premolares, es probablemente mejor dejar emigrar el molar permanente -- hacia adelante por sí solo y ocupar el espacio.

3. La pérdida temprana de piezas primarias deberá remediarse con el reemplazamiento de un mantenedor de espacio. Muchas fuentes indican que no sólo se pueden cerrar los espacios por pérdida prematura de piezas primarias con la consiguiente pérdida de continuidad del arco, sino que otros factores entran en juego. La lengua empezará a buscar espacios, y con ésto se pueden favorecer los hábitos. Pueden acentuarse y prolongarse los defectos del lenguaje. La ausencia de piezas en niños en la zona anterior de la boca, antes de que ésto ocurra en otros niños de su edad hace que si es vulnerable emocionalmente se sienta diferente y mutilado psicológicamente.

8.2. CLASIFICACION

Si se deseará formular una regla general relacionada con mantenedores de espacio, ésta podría ser: Los mantenedores de espacio deben ser usados siempre que exista pérdida prematura de cualquier diente primario ya sea por caries o por otros factores y que haya tendencia de los dientes opuestos a emigrar.

Los mantenedores de espacio se pueden clasificar de varias maneras.

- A) Mantenedores de espacio fijo
- B) Mantenedores de espacio removibles.

A) Mantenedores de espacio fijos. Hay varios tipos de ésta clase de mantenedores pero generalmente están anclados a una banda o a una corona de acero cromo.

Este tipo de mantenedores tiene un conector que puede ser de alambre, el cual está soldado al anclaje en uno de sus extremos como puede ser el caso del mantenedor de corona y ansa, y el de zapatilla distal.

Ventajas del mantenedor de espacio fijo.

1. Construcción simple y económica.
2. No producen interferencia con la erupción vertical de los dientes anclados.
3. No interfieren con el desarrollo activo de la oclusión.
4. El movimiento mesial se previene.
5. No hay interferencia con el diente por erupcionar.
6. El paciente no lo puede remover por lo tanto el mantenedor de espacio fijo estará actuando.

Desventajas del mantenedor de espacio fijo.

1. La función de oclusión no se restaura.
2. En muchas circunstancias se necesita instrumental especial.
3. Los dedos o la lengua de los niños pueden desajustar el aparato.

B) Mantenedor de espacio removible. Los aparatos de éste tipo son generalmente contruidos de materiales acrílico con o sin ganchos de anclaje. También es posible incorporar -- dientes en este tipo de aparatos.

Ventajas.

1. Es fácil de limpiar
2. Permite la limpieza de las piezas
3. Mantiene y restaura la dimensión vertical
4. Puede construirse de forma estética.
5. Estimula la erupción de las piezas permanentes.

Desventajas.

1. Puede perderse
2. El paciente puede decidir no usarlo
3. Puede restringir el crecimiento lateral de los maxilares, si se incorporan grapas o gancho.
4. Puede irritar los tejidos blandos.

Las desventajas 1, 2 y 3 muestran la necesidad de mostrar a los padres del paciente y al niño sobre la importancia del mantenedor de espacio y el costo de una sustitución. La desventaja número 4 hace que sea necesario un nuevo mantenedor de espacio en determinado tiempo para adaptarse a los cambios de configuración. La irritación de los tejidos blandos puede requerir la sustitución de un mantenedor removible por un mantenedor fijo.

8.3. REQUISITOS PARA TODOS LOS TIPOS DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

1. Deberá mantener la dimensión mesio-distal del diente perdido.
2. De ser posible, deberán ser funcionales al menos al grado de evitar la sobre-erupción de los dientes antagonistas.
3. Deberá ser sencillo y lo más resistente posible.
4. No deberán poner en peligro los dientes restantes mediante la aplicación de tensión excesiva sobre los mismos.
5. Deberán poder ser limpiados fácilmente y no funcionar como trampas para restos de alimentos que pudieran producir la-

caries dental y las enfermedades parodontales.

6. Deberán ser hechos de tal manera que no impidan el crecimiento normal ni los procesos de desarrollo, ni interfieran en funciones tales como la masticación el habla o deglución.

C O N C L U S I O N E S

Resulta de gran importancia el conocimiento de la psicología del niño, es la orientación de su conducta dentro del consultorio dental, Pues este es el requisito previo para su atención dental completa.

El odontólogo puede hacer mucho para ayudar a sus paciente infantiles a superar situaciones difeciles dentro del consultorio dental.

Y a la vez preocuparse realmente por la salud dental actual y futura de sus pacientes. Por lo que la detección temprana de hábitos orales y su solución eficaz, ayudará a contribuir en el buen desarrollo físico y mental del paciente infantil

Así mismo, el darle el valor que posee a la dentición-primaria y a su conservación para la prevención de futuras maloclusiones originadas, en muchos casos, por pérdida prematura de los dientes deciduos.

El campo del odontólogo no debe estar limitado a la eficiencia técnica, sino debe aprender a dominar las exigencias generales que conlleva su profesión. Y sobre todo el tener siempre presente las responsabilidades que tiene para consigo mismo, para con sus pacientes y la comunidad a la cual pertenece.

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

- EMBRIOLOGIA HUMANA.
Patten Bradley.
Editorial El Ateneo, septiembre 1974.
- EMBRIOLOGIA MEDICA.
Langman Jan.
Editorial Interamericana, Enero 1975.
- PSICOLOGIA INFANTIL.
P. Osterrieth.
Editorial Morata, 10a. edición, 1984.
- EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.
M. Bergeron.
Editorial Morata, 2a. edición, 1980.
- PSICOLOGIA APLICADA EN ODDNTOLOGIA.
William R. Cinotti y Arthur Grieder.
Editorial Mundo, 1a. edición.
Bunos Aires, Argentina.
- SALUD DENTAL INFANTIL.
Holloway - Sawallow.
Editorial Mundí.
Buenos Aires, Argentina.
- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES.
Orban.
La prensa médica Mexicana.3a. reimpresión, 1980.

- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.
Sidney B. Finn.
Editoria Interamericana, 4a. edición. 1980.

- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADULTO.
Ralph Mc, Donald.
Editorial Mundo, Buenos Aires, Argentina, 1971.

- MANUAL DE ODONTOLOGIA CLINICA.
Kenneth D. Snawder.
Editorial Labor S.A., 1982.

- ORTODONCIA. TEORIA Y PRACTICA.
T. M. Graber.
Editorial Interamericana. 1a. edición. 1974.