



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo

A stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Emilio C. Beltrán Lara'.

Dr. Emilio C. Beltrán Lara

HABITOS BUCALES EN EL INFANTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA CELINA ADAME VARGAS





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.

HABITOS BUCALES EN EL INFANTE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PSICOLOGÍA INFANTIL

- 1.- PSICOLOGIA INFANTIL
- 2.- ENFOQUE PSICOLÓGICO EN LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
- 3.- INFLUENCIA PATERNA, PARA LA ADQUISICIÓN DE LA PROPIA PSICOLOGÍA.
- 4.- EL MEDIO SOCIAL Y EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
- 5.- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

CAPÍTULO II HISTORIA CLÍNICA.

CAPITULO III EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

- 1.- INTRODUCCIÓN DEL NIÑO A LA ODONTOLOGÍA
- 2.- ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
- 3.- PERFIL DEL ODONTÓLOGO Y SUS AUXILIARES
- 4.- MOMENTO Y DURACIÓN DE LA VISITA
- 5.- HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA
- 6.- OTRAS TÉCNICAS.

CAPÍTULO IV ETIOLOGÍA.

CAPÍTULO V HÁBITOS.

- 1.- DEFINICIÓN
- 2.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INICIACIÓN DE LOS HÁBITOS
- 3.- HÁBITOS LINGUALES Y DE DEGLUCIÓN
- 4.- SUCCIÓN DEL PULGAR Y SUS EFECTOS A NIVEL DENTARIO
- 5.- RESPIRACIÓN BUCAL
- 6.- SUCCIÓN LABIAL
- 7.- HÁBITO SANDOMASQUISTA

CAPÍTULO VI MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTOS

- 1.- MÉTODO DE ADIESTRAMIENTO PASIVO
- 2.- MÉTODO DE ADIESTRAMIENTO INTRABUCALES
- 3.- MÉTODO DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCION

EN EL DESARROLLO DE LOS SERES HUMANOS, TIENE UN IMPORTANTE PAPEL LA ETAPA PRIMARIA DE SU EXISTENCIA, PUES ES AHÍ DONDE ADQUIERE SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS, -- MISMAS QUE A TRAVÉS DE SU VIDA DE UNA U OTRA MANERA PERMANECERAN EN ÉL. POR ELLO CONSIDERO QUE LA ODONTOLOGÍA INFANTIL DEBE OCUPAR UN LUGAR PREPONDERANTE EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO. EL CONOCIMIENTO QUE SOBRE HÁBITOS, PERSONALIDAD, COMPORTAMIENTO DEL INFANTE, TENGA EL ODONTÓLOGO SERÁ EN GRAN MEDIDA UN FACTOR QUE INFLUYA POSITIVA Y DETERMINANTE EN EL TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRICO.

EL PRESENTE TRABAJO ABORDA EL TEMA DE LOS HÁBITOS EN EL INFANTE DESDE EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO, HASTA EL MANEJO DEL PACIENTE INFANTIL, LA ETIOLOGÍA Y LOS TRATAMIENTOS MAS INDICADOS PARA ELIMINAR EL HÁBITO.

EL OBJETIVO FINAL ES QUE EN UN FUTURO EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO YA NO SE DÉ ENTRE UN SUJETO ACTIVO -- (ODONTÓLOGO) Y UN SUJETO PASIVO (PACIENTE) SINO POR EL CONTRARIO QUE EXISTA UNA RELACIÓN E INTERACCIÓN ENTRE DOS SUJETOS ACTIVOS (ODONTÓLOGO-PACIENTE) Y ELLO SOLO PODRÁ LOGRARSE CUANDO DESDE LOS PRIMEROS ACERCAMIENTOS ENTRE EL INFANTE-PACIENTE Y EL ODONTÓLOGO, ÉSTE ÚLTIMO COMPRENDA Y

MODIFIQUE HÁBITOS PERNICIOSOS DEL PRIMERO, QUE EN LO INMEDIATO Y A LARGO PLAZO IRAN EN PERJUICIO DEL TRATAMIENTO.

CABE MENCIONAR LA DEFINICIÓN DEL ODONTOPEDIA--
TRA QUE NOS DA EL DR. RAYMOND PAULEY LA CUAL DICE:

" LA ODONTOPEDIATRÍA ES LA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA QUE OBSERVA AL NIÑO EN SU TOTALIDAD, TANTO FÍSICA COMO MENTAL, LE RESUELVE SUS PROBLEMAS PRESENTES Y TOMA MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL FUTURO".

DE AQUÍ QUE LA IMPORTANCIA DEL PRESENTE TRABAJO SERÁ LA DE CONOCER TODAS ESTAS MEDIDAS PARA QUE EN EL FUTURO PACIENTE ADULTO TENGAMOS BUENOS PACIENTES.

MARÍA CELINA ADAME VARGAS.

CAPITULO I

1.- PSICOLOGÍA INFANTIL.

EN GENERAL, SE ESTÁ DE ACUERDO EN QUE LA ORIENTACIÓN DE LA CONDUCTA DE UN NIÑO EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ES EL REQUISITO PREVIO PARA SU ATENCIÓN DENTAL COMPLETA, YA QUE EXISTE UN VACIO EN NUESTRO CONOCIMIENTO DEL ENFOQUE CORRECTO DE LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO - PARA QUE ACEPTÉ LA ODONTOLOGÍA.

PESE AL CONOCIMIENTO LIMITADO DE LA PSICOLOGÍA DEL NIÑO, EL ODONTÓLOGO LOGRA EN GENERAL LLEVARSE BIEN -- CON LOS NIÑOS Y ES CAPAZ DE TRABAJAR CON EL MISMO GRADO - DE EFICIENCIA QUE CON LOS ADULTOS. EL VERDADERO NIÑO PROBLEMA EN EL CONSULTORIO DENTAL ES LA EXCEPCIÓN. SIN EMBARGO AL ODONTÓLOGO LE RESULTARÍA MUCHO MÁS FÁCIL ACEPTAR CADA NIÑO SI SUPIERA QUE UN PROBLEMA DE CONDUCTA O UN ESTADO DE ANSIEDAD PUEDEN SER DIAGNOSTICADOS CON FACILIDAD Y RESUELTOS. TAL ACEPTACIÓN SE PRODUCIRÁ SÓLO COMO RESULTADO DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN CONTINUOS EN EL CAMPO RELATIVAMENTE INTACTO DE LA PSICOLOGÍA INFANTIL EN RELACIÓN CON -- LA ODONTOLOGÍA.

POCOS PADRES COMPRENDEN LA DESVENTAJA DEL ODONTÓLOGO PRESENTADO A UN NIÑO ASUSTADO, ANSIOSO O DE HECHO OPUESTO AL EXAMEN INICIAL Y TRATAMIENTO. SÓLO EN RARAS OCA

SIONES TIENE EL ODONTÓLOGO LA VENTAJA DE CONOCER EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL PEQUEÑO LA PREPARACIÓN QUE LOS PADRES EFECTUARON PARA LA PRIMERA VISITA, Y SIN EMBARGO, -- LOS PADRES ESPERAN QUE EL ODONTÓLOGO DOMINE POR COMPLETO LA SITUACIÓN Y PRESTE SERVICIO DE SALUD A SUS HIJOS, CUAL QUIERA QUE SEA SU REACCIÓN.

LA PSICOLOGA JENKS HA SOSTENIDO QUE, AUNQUE LA FUNCIÓN PRIMARIA DEL ODONTÓLOGO ES EFECTUAR EL TRATAMIENTO DENTAL NECESARIO, SU CAMPO NO DEBIERA ESTAR LIMITADO A LA EFICIENCIA TÉCNICA, SINO QUE PUEDE HACER MUCHO POR AYUDAR A SU PACIENTE A SUPERAR LA SITUACIÓN YA QUE LA ODONTOLOGÍA ES UNA EXPERIENCIA QUE EL NIÑO DEBE TRATAR DE DOMINAR. EL NIÑO QUE HA APRENDIDO A DOMINAR SU PAPEL COMO PACIENTE ODONTOLÓGICO MUESTRA CIERTA FLEXIBILIDAD DE CONDUCTA Y UN INTERÉS POR LO QUE SUCEDE EN SU ENTORNO.

ES MUY IMPORTANTE QUE UN ODONTÓLOGO COMPREnda LA CONDUCTA DEL NIÑO. SÓLO CON UNA COMPRESIÓN Y UN CONOCIMIENTO ACTIVO DE LA CONDUCTA INFANTIL PODRA COMPRENDER SU PROPIA CONDUCTA Y SUS REACCIONES ANTE LOS PROBLEMAS -- DEL CONSULTORIO DENTAL. AL ESTUDIAR LA CONDUCTA DEL NIÑO CAPTARÁ QUE EL CONTROL DEL PEQUEÑO O SU ORIENTACIÓN DURANTE LA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA SE DEVIÁ DEL ESQUEMA FIJO.

ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE EL ODONTÓLOGO APRENDA

A ENMASCARAR SU REACCIÓN EMOCIONAL ANTE UNA DETERMINADA SITUACIÓN, PORQUE HASTA EL NIÑO MÁS PEQUEÑO PUEDE CAPTAR RÁPIDAMENTE LA INDECISIÓN O LA ANGUSTIA.

ES UN HECHO RECONOCIDO QUE CADA NIÑO TIENE UN RITMO Y UN ESTILO DE CRECIMIENTO, NO HAY DOS NIÑOS, NI SIQUIERA EN LA MISMA FAMILIA, QUE SIGAN EXACTAMENTE EL MISMO ESQUEMA. TODOS LOS QUE TRABAJAN CON NIÑOS DEBEN COMPRENDER QUE LA EDAD PSICOLÓGICA DEL NIÑO NO SIEMPRE CORRESPONDE A SU EDAD CRONOLÓGICA, ÉSTA NO TIENE IMPORTANCIA PARA EL DENTISTA. SIN EMBARGO, EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA Y TAMBIÉN EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO, DEBE CONSIDERAR AMBAS EDADES; FISIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA.

2:-- ENFOQUE PSICOLÓGICO DE LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

EN EL ENFOQUE PSICOLÓGICO SE EXPLICARÁ EL ASPECTO MENTAL-EMOCIONAL-FÍSICO DEL NIÑO.

EN TÉRMINOS GENERALES EL ASPECTO MENTAL SE REFIERE AL ODONTÓLOGO Y SUS PROCEDIMIENTOS, EL ASPECTO EMOCIONAL COMPRENDE LAS DIVERSAS MANIFESTACIONES QUE EL NIÑO EXTERNA COMO CONSECUENCIA DEL PRESENTIMIENTO HACIA LO QUE PUEDE SUCEDER EN EL TRATAMIENTO; POR ÚLTIMO EL ASPECTO FÍSICO CONSISTE EN DETERMINADOS ACTOS EN EL DESARROLLO PRIMARIO DEL INFANTE EN LO QUE A SU ENTORNO ORIGINAL SE REFIERE.

ES FUNDAMENTAL CONTRARESTAR LA ANSIEDAD O TEMOR QUE EL NIÑO DEMUESTRA AL LLEGAR AL CONSULTORIO, ESTO PUEDE DEBERSE A EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS NEGATIVAS, DIRECTAS O INDIRECTAS, COMENTARIOS EN EL AMBIENTE FAMILIAR O ESCOLAR, LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN INCULCAN UNA IMAGEN DEFORMADA DEL DENTISTA ETC., TODO LO ANTERIOR CONLLEVA UNA ACTITUD PREJUICIADA DEL NIÑO HACIA EL PROFESIONISTA, Y ES PRECISAMENTE AQUÍ CUANDO EL ODONTÓLOGO DEBE HACER USO DE LA PSICOLOGÍA, CON LA FINALIDAD DE FORMAR EN EL NIÑO OTRA IMAGEN, REAL DE ÉL Y EL TRATAMIENTO, Y SOLO EN ESTE MOMENTO SE ESTARÁ EN CONDICIONES DE INICIAR. ES OBVIO QUE DEBIDO A LO ARRAIGADO DE CIERTOS PREJUICIOS EN ALGUNOS NIÑOS, EL CONTROLAR LA ANSIEDAD O TEMOR NO SE LOGRARÁ DE INMEDIATO, AÚN ASÍ SE TRATE DE UN EXAMEN DE RUTINA.

DESDE HACE YA ALGÚN TIEMPO SE HA HABLADO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA BOCA Y LOS DIENTES EN EL DESARROLLO PSICOEMOCIONAL DEL INFANTE ASÍ COMO DE LA VIGENCIA PERMANENTE DE LAS EMOCIONES Y FANTASÍAS RELACIONADAS CON LOS DIENTES Y DE COMO CONSTITUÍAN LAS CAUSAS PRINCIPALES EN EL RECHAZO Y RESISTENCIA HACIA EL ODONTÓLOGO Y SUS PROCEDIMIENTOS.

EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO DEL RECIEN NACIDO -- COMO AJENO DEL SENO MATERNO, Y LA IMAGEN DE LA MADRE COMO ADULTO DISTINTO, TARDARÁ MESES EN CONCLUIRSE, A ESTO SE LE HA LLAMADO "ETAPAS PRE-OBJETAL Y PRECURSORA DEL OBJETO".

ESTO ES, QUE LAS FUERZAS INTERNAS DEL NIÑO, TALES COMO HAMBRE, SON SATISFECHAS DE INMEDIATO, YA QUE VIENE -- PROVISTO DE UN MECANISMO DE SUCCIÓN Y ESTO LE PERMITE SU -- ADAPTACIÓN PARA CON LA MADRE, LA IMAGEN MATERNA, BONDADOSA Y GRATIFICADORA, REPRESENTANTE DEL MUNDO NUEVO, ENTONCES -- SERÁ INTROYECTADA, TRANSMITIDA JUNTO CON EL ALIMENTO. SI -- LA MADRE CONTINÚA BRINDANDO SEGURIDAD, COMODIDAD, EN EL NIÑO SE FORMA LA "CONFIANZA BÁSICA", ES DECIR, QUE LOS SENTI MIENTOS QUE EL INFANTE TIENE SOBRE COMODIDAD O INCOMODIDAD, MISMOS QUE SE REPITEN EN CICLOS REGULARES Y A LOS CUALES -- SE FAMILIARIZA, CONSTITUYEN EL ORIGEN DE SU IDENTIDAD ORI GINAL.

LAS FANTASÍAS PROVOCADAS POR ESAS EMOCIONES PERMA NECEN VIGENTES EN EL NIÑO, COMO YA SE DIJO, Y EN DETERMINA DO MOMENTO PUEDEN REACTIVARSE POR ALGÚN FACTOR, COMO LO ES LA MISMA APARICIÓN DE LOS DIENTES, QUE CONLLEVA EN SÍ UNA SEPARACIÓN PARA CON LA MADRE.

ERIKSON DETALLA LOS ASPECTOS DE LA ETAPA ORAL, Y CONSIDERA CINCO ESTADIOS DENTRO DE ESE PERÍODO, A SABER: -- INCORPORATIVO 1, INCORPORATIVO 2, RETENTIVO, ELIMINATIVO Y EXPULSIVO E INTRUSIVO, DIFERENCIÁNDOSE LOS DOS PRIMEROS EN QUE EN EL INCORPORATIVO 1 PREDOMINA LA SUCCIÓN, MIENTRAS -- QUE EL 2 SE CARACTERIZA POR LA SALIDA DE LOS DIENTES Y CON ELLOS EL PLACER DE MORDER OBJETOS RESISTENTES.

EL TRÁNSITO DE UNO A OTRO ESTADIO SE REALIZA DE ACUERDO A LOS ESQUEMAS DE ERIKSON, DIAGONAL O VERTICALMENTE, CONFIGURANDO FIJACIONES DE ZONAS Y FIJACIONES DE MODO. ADEMÁS SEÑALA QUE RESULTA IMPOSIBLE QUÉ ES LO QUE EL INFANTE SIENTE A MEDIDA QUE SUS DIENTES PERFORAN DESDE ADENTRO EN LA MISMA CAVIDAD ORAL QUE HASTA ESE MOMENTO CONSTITUÍA EL PRINCIPAL ASIENTO DE PLACER Y DE CONOCIMIENTO SEGÚN - JEAN PIAGET.

ERIKSON INSISTE EN CONSIDERAR A LA BOCA EL CENTRO DE UN PRIMER ENFOQUE GENERAL DE LA VIDA; EL ENFOQUE INCORPORATIVO. Y ASEGURA QUE LA "CRISIS DEL ESTADIO ORAL SECUNDARIO ES DIFÍCIL DE DETERMINAR Y AÚN MÁS DIFÍCIL DE VERIFICAR, DEBIDO A LA COINCIDENCIA EN EL TIEMPO DE VARIAS CIRCUNSTANCIAS DE DESARROLLO: LA INCOMODIDAD QUE CREA LA ERUPCIÓN DENTARIA Y OTROS CAMBIOS EN LA CAVIDAD ORAL, POR UNA PARTE, A LO QUE SE LE AGREGA LA CONCIENCIA DEL INFANTE COMO PERSONA DIFERENTE Y EL ALEJAMIENTO GRADUAL DE LA MADRE".

DE TODO LO ANTERIOR SE CONCLUYE QUE EL ODONTÓLOGO TRABAJA EN UN ÁREA MUY AFECTIVA, LLENA DE HONDAS CONNOTACIONES CONSCIENTES E INCONSCIENTES.

CARLISKY ANALIZÓ LA INFLUENCIA DEL RECHAZO PRIMARIO DE LOS DIENTES COMO REACCIÓN A NIVEL INCONSCIENTE POR LA TRAMPA QUE TIENDEN AL INFANTE Y LE OBLIGAN A SEPARARSE

DE SU MADRE.

ABERASTURY REALIZÓ VALIOSOS APORTES CON EL ESTUDIO DE LAS FANTASÍAS DESTRUCTIVAS, ESTRUCTURADAS DURANTE LA FASE ORAL SÁDICA DEL DESARROLLO EMOCIONAL (EN LA SEGUNDA MITAD DEL PRIMER AÑO DE VIDA) Y LA INFLUENCIA QUE TIENEN LOS TRASTORNOS DE LA DENTICIÓN COMO FORMA DE LIBERAR LAS TENSIONES POR LA PÉRDIDA DEL PECHO MATERNO.

LOS DIENTES AL CREARLE AL NIÑO CONFUSIÓN DE SENTIMIENTOS HACIA LA MADRE QUE RETIRA EL SENO DEJA UNA HUELLA PROFUNDA YA QUE EN ESA ÉPOCA EL NIÑO ADQUIERE OTRAS POSIBILIDADES MOTORAS PRINCIPALMENTE EL LENGUAJE, NO NOS EXTRAÑE ENTONCES QUE EL ODONTÓLOGO AL EXPLORAR LA BOCA DEL INFANTE ÉSTE PROYECTE TENSIONES Y ANSIEDADES INEXPLICABLES EN EL SILLON DENTAL.

LO IMPORTANTE EN LA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA ES ENTENDER LA SITUACIÓN DEL NIÑO, PRESENTÁNDOSE EL ODONTÓLOGO COMO PERSONA CAPAZ DE COMPRENDER SU ANSIEDAD Y DE TOLERAR LAS MANIFESTACIONES, A VECES EXPLOSIVAS.

ES IMPORTANTE ADQUIRIR LA POSIBILIDAD DE COMPRENDERLAS Y ACEPTARLAS SIN SENTIRNOS AGREDIDOS, INVOLUCRADOS, SIN VIVIR LA ACTITUD DEL NIÑO, O DE SUS PADRES, COMO UN ATAQUE, SIN ADOPTAR UNA POSICIÓN CRÍTICA RÍGIDA.

EL NIÑO CAPTA DE INMEDIATO AL ADULTO QUE LE HABLA DE UNA MANERA Y ACTÚA DE OTRA. AQUÍ ES DONDE LA PSICOLOGÍA DEL PROFESIONAL AYUDARA A RESTAURAR LA SEGURIDAD DEL NIÑO AL SENTIRSE CUIDADO POR EL ADULTO FUERTE, EFICAZ Y SOBRE TODO SEGURO DE SÍ MISMO. LO QUE DEBEMOS HACER ES PONER LÍMITES JUSTOS Y OPORTUNOS, LLEGAR A SER PARA EL NIÑO UNA AUTORIDAD PERMISIVA.

ME PARECE INTERESANTE Y ÚTIL, REFERIRME A LAS TRES ZONAS DE LA DISCIPLINA QUE SUGIERE FRITZ REDL, UBICANDO LA CONDUCTA DEL NIÑO EN LAS ZONAS VERDE, AMARILLA Y ROJA.

ZONA VERDE AQUÍ EL ODONTOLOGO OTORGA EL SÍ, PORQUE LA CONDUCTA DEL NIÑO ES DESEADA Y AUTORIZADA.

ZONA AMARILLA AQUÍ EL ODONTOLOGO TOLERA UNA DE TERMINADA CONDUCTA DEL NIÑO NO AUTORIZADA, POR DIFERENTES RAZONES, COMO PODRIAN SER CASOS DE APRENDIZAJE (LA EDAD DEL NIÑO NOS MARCA DETERMINADAS PAUTAS DE HASTA DONDE PUEDE DAR Y PODEMOS EXIGIR) O SITUACIONES DIFÍCILES (ACCIDENTES, ENFERMEDADES, PROBLEMAS, ETC.). AQUÍ HAY CIERTA ELASTICIDAD PARA COMPRENDER Y ACEPTAR.

ZONA ROJA Aquí surgen las conductas que no -
deben tolerarse de ninguna manera
y que deben detenerse, porque po--
nen en peligro la salud y el bie--
nestar de la situación odontológi--
ca.

GENOTT NOS DICE QUE ES TAN IMPORTANTE SER PROHIBI--
TIVO EN LA ZONA ROJA, COMO SER PERMISIVO EN LA VERDE. CUAN--
DO A UN NIÑO SE LE PERMITE UN COMPORTAMIENTO QUE ÉL SABE -
NO DEBE TOLERARSE, SU ANSIEDAD AUMENTA YA QUE EL NIÑO NECE--
SITA CONVENCERSE QUE LE ATIENDE QUIEN PUEDE CONTROLARLO Y
PROTEGERLO.

LOS ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y/O MÉDICOS DEL NI--
ÑO SON ELEMENTOS CAPITALES PARA COMPRENDER ESTE TIPO DE --
REACCIÓN. EL NIÑO DEBE TENER LIBERTAD PARA LLORAR Y DEBE -
RECIBIR AYUDA PARA QUE DEJE DE HACERLO.

ELBACH INTENTÓ CLASIFICAR LOS TIPOS DE LLANTO Y -
UTILIZARLOS PARA DIAGNOSTICAR Y ASÍ SABER QUE HACER COMO -
PROFESIONAL.

LLANTO OBSTINADO (VOLUBLE, TIPO "SIRENA", MANEJA--

DO A MANIVELA. TÍPICO DEL BERRINCHE Y SIN LÁGRIMAS. EXPRESIÓN DE ANSIEDAD Y UNA FORMA DE DEFENSA).

LLANTO ASUSTADO (CON PROFUSIÓN DE LÁGRIMAS Y UN -
CONSTANTE LAMENTO, CON TENDENCIA A LA HISTERIA. AQUÍ FALTA
CONFIANZA Y NO DISCIPLINA).

LLANTO LASTIMERO (QUE CASI NO SE OYE PERO LAS LA-
GRIMAS PUEDEN SER LA ÚNICA MANIFESTACIÓN. TRATA VALIENTE--
MENTE DE COOPERAR).

LLANTO COMPENSATORIO (QUE NO ES VERDADERAMENTE -
UN LLANTO SINO UN SONIDO QUE TIENDE A APAGAR EL RUIDO DE -
LA FRESA. NO HAY LÁGRIMAS NI SOLLOZOS).

RESUMIENDO, EL CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES QUE -
CADA UNO ADOPTE COMO PROFESIONAL EN EL TRATAMIENTO ODONTO-
LÓGICO DEL NIÑO Y CON SUS PADRES, DEPENDERÁ, PARA BIEN O -
PARA MAL, LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS SUBYACENTES INDIV-
IDUALES, QUE NOS PONDRÁN FRENTE A ELLOS COMO ADULTOS SIG-
NIFICATIVOS, RESPETADOS Y ESTIMADOS.

3.- INFLUENCIA PATERNA PARA LA ADQUISICIÓN DE PROPIA PSI- COLOGÍA.

ES IMPORTANTE PRECISAR LA INFLUENCIA QUE EJERCEN

LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, Y PARA EMPEZAR DIREMOS QUE ES PREMISA BÁSICA LA RELACIÓN MADRE-HIJO Y ÉSTA SEA CORRECTA, YA QUE ESTO NOS AYUDARÁ EN EL TRATAMIENTO.

SI EL NIÑO SE SIENTE QUERIDO Y SEGURO EN SU HOGAR NO LE SERÁ DIFÍCIL SUPERAR LA NUEVA EXPERIENCIA, DEBIDO A QUE SE SIENTE RESPALDADO POR LA TRANQUILIDAD DE SU MADRE Y LA CONFIANZA QUE DEMUESTRA EL PROFESIONAL.

REGULARMENTE ENCONTRAMOS QUE LOS SENTIMIENTOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LA ODONTOLOGÍA NO SON POSITIVOS Y ESTO ES LO QUE HACE DIFÍCIL EL TRATAMIENTO. TODO NIÑO CON PROBLEMAS DE CONDUCTA, NOS REFLEJA SITUACIONES DE SU HOGAR, AUNQUE LOS PADRES PUEDAN NO SER TOTALMENTE RESPONSABLES.

EJERCER ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS SIN EVALUAR AL PADRE, SIN LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE Y SIN SU CONFIANZA SÓLO RESULTA UN FRACASO, NOS DICE BRAUER.

McBRIDE, MENCIONA CUATRO CATEGORÍAS DE PADRES EN EL CONSULTORIO: EL QUE DISTRAE, EL PSEUDOCOOPERADOR, EL QUE DA CORAJE Y EL QUE EXTIENDE SIMPATÍA.

LEVINE SEÑALA OTROS TIPOS DE PADRES: EL PERFECCIONISTA, EL ANTAGÓNICO O RECHAZADOR, EL DEMASIADO INDULGENTE, EL DOMINANTE Y EL QUE SE IDENTIFICA.

PERO MAS IMPORTANTE QUE CLASIFICAR, ES COMPENDER LA SITUACIÓN DE FONDO, CUÁLES SON LOS MOTIVOS QUE LLEBAN A LOS PADRES, Y PRINCIPALMENTE A LA MADRE, A INTERFERIR EN LA LABOR DEL DENTISTA, EL CUAL DEBE LOGRAR UNA BUENA COMUNICACIÓN CON EL NIÑO Y CON SU MADRE, PARA LLEVAR EL TRATAMIENTO A FELIZ TERMINO. NO OLVIDANDO QUE SI LA MADRE NO ACEPTA, EL NIÑO TAMPOCO, YA QUE ES CIERTO QUE LAS ANSIEDADES MATERNAS SE EXPRESAN EN LOS NIÑOS Y ADEMÁS HAY MUCHAS RAZONES PARA QUE ASI SEA.

JONHSON Y BALDWIN CONCLUYEN QUE LA ANSIEDAD MATERNA PARECE SER EL FACTOR PRINCIPAL QUE AFECTA LA CONDUCTA DE LOS PEQUEÑOS EN LA SITUACIÓN DENTAL. INSISTEN EN EL VALOR DE UNA BREVE ENTREVISTA O CUESTIONARIO PREOPERATORIO, PARA IDENTIFICAR LOS NIÑOS MAS PROPENSOS A REACCIONES NEGATIVAS Y ACTUAR EN CONSECUENCIA, A LA MADRE SE LE DEBE INFORMAR CLARAMENTE SOBRE EL TRATAMIENTO DE SU HIJO (QUE, QUIEN, COMO, DONDE, CUANDO Y PORQUE) Y FORTALECER EL CONTACTO ANTES QUE CUALQUIER SITUACIÓN TRAUMÁTICA INTENSA SE PRESENTE. TAMBIÉN TENEMOS QUE AYUDARLE Y HACERNOS CARGO UN POCO DE LA RESPONSABILIDAD Y LA CULPA DE ESA MADRE, RECORDÁNDOLE QUE LAS MAYORES DIFICULTADES PARA ESTA LABOR EN LOS NIÑOS SUCEDE CUANDO EXISTE UNA MALA RELACIÓN CON LOS PADRES DESDE LA PRIMERA INFANCIA, O QUE CRECIERON SIN ELLOS O QUIENES LA CARENCIA AFECTIVA ES NOTABLE.

LO QUE NOS IMPORTA ES EXTRAER LA TRANSVERSALIDAD DE

LOS CASOS, LA POSIBILIDAD DE APLICAR EL CONOCIMIENTO DE --
UNO A TODOS.

SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUANTO NECESITAMOS EXPLI
CARLE A UN NIÑO Y SUS PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO, VARIOS
AUTORES RECURREN A LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS EN UN INTEN-
TO POR LOGRAR LA COOPERACIÓN DE LOS PADRES Y FACILITAR LA
LABOR CON NIÑOS.

PEABODY ENVÍA A LOS PADRES UNA CARTA QUE LLEVA --
TRES SUGERENCIAS:

- 1.- QUE SU HIJO NO SEPA EL TEMOR QUE USTED PUEDA
TENER CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL. EL
TEMOR QUE ÉL YA TIENE, MAS EL SUYO, PUEDE --
ANONADARLE. PROCURE HACER LO MEJOR PARA DAR-
LE CONFIANZA Y EXPLICARLE POR QUÉ SE LE LLE-
VA AL CONSULTORIO DENTAL.

- 2.- COMPRENDA QUE LAS RADIOGRAFÍAS, LA LIMPIEZA Y
LAS INSTRUCCIONES SOBRE HIGIENE BUCAL, PERMI-
TEN AL DENTISTA EXAMINAR A FONDO Y PREPARAR -
AL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO. MAS AÚN, ES-
TA ES UNA INTRODUCCIÓN HUMANA A LA ODONTOLO--
GIA Y NO EL METERSE EN LA BOCA CON LA FRESA O
EXTRAER UN DIENTE. POR ESTE SERVICIO SE FIJA-
RÁ UN HONORARIO ADECUADO.

3.- NO INSISTA EN PARARSE JUNTO A SU HIJO MIENTRAS ESTÁ EN EL SILLON DENTAL. EN ESTE CONSULTORIO DISPONEMOS DE TIEMPO PARA ADECUARLE A SU NUEVA EXPERIENCIA.

"EL BUÉN ÉXITO DEL TRATAMIENTO DE SU HIJO DEPENDERÁ DE SU COOPERACIÓN. USTED, SU HIJO Y YO, DEBEMOS TRABAJAR JUNTOS Y EN ARMONÍA".

CONSIDERAMOS A LOS PADRES INDISPENSABLES EN NUESTRA LABOR Y POR LO MISMO TRATAMOS DE MOTIVARLOS PARA QUE ACTÚEN POSITIVAMENTE (ACTITUDES, PALABRAS, SENTIMIENTOS, ETC).

Y PARA TENER ÉXITO SE LES INDICA:

- QUE SI LLORA EL NIÑO NO SE INQUIETEN YA QUE EL LLANTO ES UNA FORMA DE REACCIONAR ANTE UNA SITUACION DESCONOCIDA. TAMBIÉN SE LES PIDE RESPETAR EL TEMOR DEL NIÑO. YA TRATAREMOS DE ALIVIARLO O ALEJARLO.
- NO SE INQUIETE SI LA REACCIÓN DE SU HIJO ES AUN MÁS VIOLENTA. SIEMPRE HAY MÉTODOS PARA RESOLVER SU PROBLEMA ODONTOLÓGICO.
- NO LO ENGAÑE. DIGALE QUE LO LLEVA AL DENTISTA.-

HAGALO TRANQUILAMENTE, SIN DARLE IMPORTANCIA. -
EXPLIQUELE QUE EL DENTISTA SE PREOCUPA POR SU -
SALUD.

- SI USTED HA DECIDIDO PROMETERLE ALGUNA RECOMPENSA PARA QUE MEJORE SU COMPORTAMIENTO, TRATE DE NO MEZCLAR AL DENTISTA DE ESAS PROMESAS.
- PERMITALE EXPRESAR SU CURIOSIDAD. "EL DOCTOR TE LO VA A EXPLICAR CON MUCHO GUSTO".
- CONTROLE USTED SUS PROPIOS TEMORES. EVITE RELATAR EN PRESENCIA DE SU HIJO EPISODIOS DESAGRADABLES Y NO PERMITA QUE OTROS LO HAGAN.
- MUCHAS VECES, LA MEJOR SITUACIÓN DE TRATAMIENTO SE ALCANZA CUANDO EL NIÑO ESTÁ SOLO EN EL CONSULTORIO CON SU DENTISTA. ESTO SE LOGRA POCO A POCO. AYUDENOS CON SU ACTITUD Y CONFÍE EN EL ODONTÓLOGO.
- MIENTRAS USTED ACOMPAÑA A SU HIJO EN EL CONSULTORIO, PROCURE NO INTERVENIR EN LA CONVERSACIÓN. EL NIÑO SE CONFUNDE CUANDO HABLAN VARIAS PERSONAS O RECIBEN INDICACIONES DE VARIOS LADOS Y PUEDE NO ATENDER A NINGUNO. EVITE LLEVAR MUCHOS ACOMPAÑANTES.

- PERMÍTALE DESARROLLARSE SOLO. EL DOCTOR ESTÁ PARA AYUDARLE O LE PEDIRÁ COOPERACIÓN CUANDO SEA NECESARIA.

4.- EL MEDIO SOCIAL Y EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

DESDE QUE EMPEZÓ A EXISTIR EL HOMBRE EXISTEN ORGANIZACIONES SOCIALES. UN HECHO VERIFICABLE ES QUE TODOS LOS SERES HUMANOS HAN NACIDO DENTRO DE ALGUNA FORMA DE SOCIEDAD, YA QUE EL HOMBRE EN AISLAMIENTO NO EXISTE Y SUS PROCESOS MENTALES Y SU CONDUCTA SON SÓLO COMPRENSIBLES EN FUNCIÓN DE SU INTERRELACIÓN CON OTROS INDIVIDUOS.

CUANDO EL HOMBRE NACE, EL ESCENARIO CULTURAL Y SOCIAL EN QUE HA DE VIVIR SE ENCUENTRA YA PREPARADO: NORMAS, IDEAS, HÁBITOS Y TÉCNICAS, ASÍ COMO FORMAS DE ORGANIZACIÓN SOCIAL QUE LE PRECEDEN Y QUE HABRÁN DE SOBREVIVIRLE Y QUE SON EL PRODUCTO DE LA EXPERIENCIA HUMANA. LAS SOCIEDADES Y LAS CULTURAS EN QUE LOS HOMBRES VIVEN SON EL RESULTADO DE LA EVOLUCIÓN SOCIAL.

EN EL AMBIENTE SOCIAL QUE NOS RODEA, APRENDEMOS EL LENGUAJE QUE HABLAMOS, COSTUMBRES, NORMAS Y MODOS DE ENFRENTARNOS A LOS PROBLEMAS DE LA VIDA, CADA GRUPO SOCIAL PROMUEVE SUS PROPIAS PAUTAS SOCIOCULTURALES MEDIANTE LA ENSEÑANZA SISTEMÁTICA DE LOS JÓVENES, LO CUAL TIENDE A HACER

PARECIDOS ENTRE SÍ A TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO.

ADemás DE PARTICIPAR EN UN AMBIENTE SOCIOCULTURAL GENERAL, SOMO MIEMBROS DE CLASES Y SUBGRUPOS DEPENDIENTES DE LA OCUPACIÓN, LA FAMILIA EL SEXO, LA RELIGIÓN, ETC.; -- CADA UNO DE ESTOS GRUPOS PROMUEVE SUS PROPIOS VALORES Y MODO DE CONDUCTA POR MEDIO DE FUNCIONES SOCIALES, RESULTA IMPORTANTE MENCIONAR QUE CADA UNO DE LOS ESTADIOS POR LOS CUALES LA SOCIEDAD HA ATRAVESADO, HA EXISTIDO UNA FORMA DE CONDUCTA DOMINANTE, UNA IDEOLOGÍA QUE PREDOMINA SOBRE LAS OTRAS FORMAS DE COMPORTAMIENTO, Y QUÉ CORRESPONDE A LA IDEOLOGÍA DEL GRUPO O CLASE SOCIAL QUE EJERCE UN CONTROL SOBRE LOS MEDIOS DE PRODUCCIÓN, SOBRE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN; ESTE TIPO DE CONDUCTA DOMINANTE SE ENTREMEZCLA CON LAS DEMAS CONDUCTAS DE OTROS GRUPOS SOCIALES, CREANDO UNA SITUACIÓN COMPLEJA EN CUANTO A LA CONDUCTA DE UN INDIVIDUO SE REFIERE, Y POR CONSIGUIENTE HABLARÉ DE LA PERSONALIDAD COMO UNA ENTIDAD COMPUESTA DE UNA SERIE DE ELEMENTOS QUE LA CONFORMAN COMO TAL.

EN LA PERSONALIDAD HAY ELEMENTOS QUE SON COMUNES A TODOS LOS SERES HUMANOS, ES DECIR QUE DEPENDEN DE LA SITUACIÓN BIOLÓGICA DE LA ESPECIE Y DE LAS CONDICIONES COMUNES A TODAS LAS SOCIEDADES. POR OTRA PARTE, CADA SER HUMANO ES DIFERENTE A LOS DEMÁS. EL HOMBRE, EL INDIVIDUO ES A LA VEZ SOCIAL EN CUANTO A OTROS CON IGUALES CARACTERÍSTI--

CAS ECONÓMICAS, CULTURALES, RELIGIOSAS, BIOLÓGICAS, ETC. - PERO A LA VEZ ES UN SER INDIVIDUAL CON UN DESARROLLO Y CARACTERÍSTICAS PROPIAS QUE LO DIFERENCIAN DEL RESTO DE LOS INDIVIDUOS, ESTA DUALIDAD SER SOCIAL E INDIVIDUAL ES UNA CARACTERÍSTICA DEL HOMBRE.

LA PERSONALIDAD ESTÁ DETERMINADA POR LA HERENCIA Y EL AMBIENTE. ASÍ PUES, LA HERENCIA NO SÓLO PROVEE LAS POTENCIALIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA RAZA HUMANA, SINO QUE TAMBIÉN ES UNA FUENTE IMPORTANTE DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES. DESDE LAS PRIMERAS SEMANAS DE VIDA, LOS INFANTES DIFIEREN EN CUANTO A SU SENSIBILIDAD GENERAL; VENTAJAS INICIALES EN CONSTITUCIÓN FÍSICA PUEDEN PREDISPONER A UN NIÑO AL DESARROLLO DE UNA PERSONALIDAD. LA CONSTITUCIÓN BIOLÓGICA PUEDE TAMBIÉN FACILITAR EL QUE ALGUNOS NIÑOS SEAN MÁS PASIVOS E INCLINADOS A LA FANTASÍA QUE OTROS; TAL PARECE QUE EN CADA NIÑO HAY DESDE EL PRINCIPIO, SISTEMAS QUE SON MÁS VULNERABLES QUE OTROS, ES A TRAVÉS DE ESTAS DIFERENCIAS CONSTITUCIONALES QUE LA HERENCIA SE MUESTRA COMO UN FACTOR IMPORTANTE EN LA DETERMINACIÓN DE LAS REACCIONES DEL INDIVIDUO A SU AMBIENTE, TODO LO ANTERIOR NOS LLEVA A REFLEXIONAR QUE SI LIMITAMOS EL CONOCIMIENTO ODONTOLÓGICO AL CONJUNTO DE TÉCNICAS Y ELEMENTOS MÉDICOS, NUNCA COMPRENDEREMOS LOS PORQUES DEL COMPORTAMIENTO HUMANO Y ESTE ÚLTIMO NO SE EXPLICA SIN LA DETERMINACIÓN ECONÓMICO-SOCIAL DEL MISMO. LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE CADA UNA DE LAS ACTIVI

DADES Y FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, LA SOCIEDAD Y EL PENSAMIENTO MERECE UN ESTUDIO ESPECÍFICO, PERO SI BIEN EL CONOCIMIENTO HUMANO NECESITA DIVIDIRSE Y ESPECIALIZARSE, TAMBIÉN ES CIERTO QUE NO DEBEMOS OLVIDAR LA TOTALIDAD DEL UNIVERSO, LA ODONTOLOGÍA NO ESTA AL MARGEN DE ELLO, DE AHÍ QUE SE PRETENDA ABORDAR, LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL MEDIO SOCIAL Y EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

RESUMIENDO, PODEMOS DECIR QUE NUESTRA DOTACIÓN GENÉTICA PROVEE LAS BASES ESCENCIALES Y ESTABLECE LOS LÍMITES TANTO PARA EL DESARROLLO SOMÁTICO COMO EL PSICOLÓGICO PERO LA FORMA EN QUE NUESTRAS POTENCIALIDADES SON MOLDEADAS DEPENDE DE NUESTRO AMBIENTE FÍSICO, ECONÓMICO-SOCIAL Y CULTURAL.

5.- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.

EL COMPRENDER LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS NOS LLEVA AL CONOCIMIENTO DE LAS SITUACIONES AMBIENTALES QUE SON DESFAVORABLES PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO, LAS CUALES A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN: ANGUSTIA, FOBIAS, TENDENCIAS OBSESIVAS, ESPASMOS DE SOLLOZO, "BERRINCHES", TERRORES NOCTURNOS, SONAMBULISMO, TAMBIÉN PODRIAMOS CITAR LA TARTAMUDEZ, EL HÁBITO DE MORDERSE LAS UÑAS, ENEURESIS, ANOREXIA, TICS, ETC.

LO ANTERIOR SE MENCIONA YA QUE LA PRIMERA ÉPOCA DE LA VIDA SON LOS PADRES QUIENES INFLUYEN EN LA PERSONA--

LIDAD, Y COMO RESULTADO UN NIÑO PUEDE REACCIONAR CON UNA CONDUCTA CAPRICHOSA Y ANTISOCIAL, OTRO CON TENDENCIAS AUTISTAS Y OTRO MÁS CON ANOREXIA, ETC.

LA ANGUSTIA PUEDE EN CIERTOS NIÑOS ASUMIR GRAN INTENSIDAD Y PERSISTENCIA, Y ESTA SE REFLEJA COMO FOBIAS Y MIEDOS ESPECÍFICOS TALES COMO EL VISITAR AL DENTISTA. PODEMOS MENCIONAR OTRAS MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS FRECUENTES COMO SON LOS ESPASMOS DE LA GLOTIS, LOS "BERRINCHES" LOS TERRORES NOCTURNOS Y EL SONAMBULISMO. SON NIÑOS DE TEMPERAMENTO EMOTIVO QUIENES CON MÁS FRECUENCIA PRESENTAN ESTOS SÍNTOMAS, LOS "BERRINCHES" SON EXPRESIONES TURBULENTAS DE CÓLERA SUSCITADAS EN EL NIÑO CUANDO SUS DESEOS SON CONTRARIADOS, MEDIANTE EL "BERRINCHE", EL NIÑO INTENTA IMPONER CAPRICHOSAMENTE SU VOLUNTAD Y NO POCAS VECES LOGRA SUS PROPÓSITOS.

LOS TERRORES NOCTURNOS SON OTRA MANIFESTACIÓN -- PSICOPATOLÓGICA FRECUENTE EN LA INFANCIA. LA ANOREXIA PSICÓGENA EN LOS NIÑOS ES UN PROBLEMA FRECUENTE Y DE DIFÍCIL SOLUCIÓN, PARA ENTENDER EL PROBLEMA ES NECESARIO TENER EN CUENTA QUE LAS NECESIDADES NUTRITIVAS Y LA CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR APETITO DEPENDEN DE FACTORES GENOTÍPICOS EN RELACIÓN CON LOS CUALES LAS DIFERENCIAS DE UN NIÑO A OTRO SON NOTABLES. HAY ALGUNAS SITUACIONES QUE SE ENCUENTRAN EN RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS ALIMENTICIOS DE LOS NIÑOS: ÉNFA

SIS EXAGERADO DE LAS MADRES EN LA GORDURA DEL NIÑO COMO --
ÍNDICIO DE SALUD Y DE BUENA ATENCIÓN, ACTITUDES HIPOCON---
DRIACAS Y REMILGOSAS DE LOS PADRES, COSTUMBRE DE CORREGIR
A LOS NIÑOS A LA HORA DE LAS COMIDAS, POR SU MALA CONDUCTA.

POR ESO ES BIEN IMPORTANTE QUE EL MÉDICO ESTUDIE
LA SITUACIÓN DEL NIÑO EN SU MEDIO FAMILIAR Y ESCOLAR.

CAPITULO II

HISTORIA CLÍNICA

LA HISTORIA CLÍNICA REPRESENTA UNA PARTE DE VITAL IMPORTANCIA PARA EL CIRUJANO DENTISTA, DEBIDO A QUE DE ESTA MANERA PODRÁ CONOCER LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS DEL PACIENTE QUE SE PRESENTA POR PRIMERA VEZ EN EL CONSULTORIO DENTAL.

EL DISEÑO SIGUIENTE ES UN EJEMPLO DE COMO HACER UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EL HISTORIAL DE UN PACIENTE EN ODONTOPEDIATRÍA PUEDE DIVIDIRSE EN: ESTADÍSTICAS VITALES, HISTORIA DE LOS PADRES, HISTORIA PRENATAL Y NATAL, E HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA.

LAS ESTADÍSTICAS VITALES SON ESENCIALES PARA EL REGISTRO DEL CONSULTORIO, AQUÍ EL ODONTÓLOGO SE DA CUENTA DEL NIVEL SOCIAL DE LA FAMILIA. EL MÉDICO DEL NIÑO DEBE SER ANOTADO, PARA PODER CONSULTARSELE EN ALGÚN CASO DE URGENCIA FUTURA.

LA HISTORIA DE LOS PADRES NOS PROPORCIONA ALGUNA INDICACIÓN DEL DESARROLLO HEREDITARIO DEL PACIENTE.

LAS HISTORIAS PRENATAL Y NATAL A MENUDO PROPORCIONAN DATOS SOBRE EL ORIGEN DEL COLOR, FORMA Y ESTRUCTURA ---

ANORMAL DE PIEZAS CADUCAS Y PERMANENTES. EL ODONTOPEDIATRA OBSERVA LOS EFECTOS DE LAS DROGAS Y TRASTORNOS METABÓLICOS QUE OCURRIERON DURANTE LAS ETAPAS FORMATIVAS DE LAS PIEZAS.

EL HISTORIAL POSNATAL Y DE LACTANCIA REvisa LOS SISTEMAS VITALES DEL PACIENTE. TAMBIÉN REGISTRA INFORMACIÓN, TAL COMO TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE CARIES DENTALES, TRASTORNOS DEL DESARROLLO CON IMPORTANCIA DENTAL, ALERGIAS, COSTUMBRES NERVIOSAS, HÁBITOS Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN RELACIÓN CON EL MÉDICO.

HISTORIAL DEL NIÑO

ESTADÍSTICAS VITALES.

Fecha _____

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____

Raza _____ Sexo _____

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial

Relación: ___ Madre _____ Padre _____ Otra _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre _____

Dirección del niño _____

¿Con quién vive el niño? _____

Médico actual del niño _____

¿Quién recomendó al niño? _____

Queja principal _____

¿Que le hizo traer a su hijo al dentista? _____

HISTORIA DE LOS PADRES

SÍ

No

¿Lleva usted dentaduras postizas? _____

¿Lleva su cónyuge dentaduras postizas? _____

Si contestó afirmativamente a las anteriores,
- ¿a qué edad le extrajeron sus dientes? _____

¿Y los de su cónyuge? _____

¿por qué le extrajeron los dientes? _____

Sí

No

¿Porqué le extrajeron los dientes a su conyuge?

¿Tiene ud. lo que se llama dientes blandos? _____

¿Los tiene su cónyuge? _____

¿Son o han sido sus dientes o los de su conyu-
ge grisáceos, amarillentos o parduscos? _____

En caso afirmativo explique _____

¿Se desgastaron sus dientes excesivamente? _____

¿Se desgastaron los de su cónyuge? _____

¿Tiene usted o su cónyuge miedo a una visita
al dentista? _____

HISTORIA PRENATAL

¿Ha tenido ud. alguna enfermedad durante el
embarazo? _____

En caso afirmativo, de qué tipo y cuándo _____

¿Estuvo bajo terapéutica medicamentosa duran-
te el embarazo? _____

En caso afirmativo, enumere qué medicamentos _____

¿Cuanto tiempo y con qué frecuencia tomó esto?

¿Tuvo alguna dieta de alta valor vitamínico o
calcio durante el embarazo? _____

¿Existe incompatibilidad sanguínea entre ud.
y su cónyuge? _____

	SÍ	No
¿Le ha dicho su médico que es ud. Rh (-)	_____	_____
¿Tomó ud tabletas de fluoruro o existía fluoruro en el agua que bebía durante su embarazo?	_____	_____
HISTORIA NATAL		
¿Fue prematuro su hijo?	_____	_____
¿Le hicieron transfusiones de sangre?	_____	_____
¿Fue un bebé "azúl"?	_____	_____
HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA		
¿Tuvo convulsiones durante la lactancia?	_____	_____
¿Fue amamantado?	_____	_____
¿Durante cuánto tiempo? _____		
¿Se le alimentó con biberón?	_____	_____
¿Durante cuanto tiempo? _____		
¿Le administraron suplementos de fluoruro, fluoruros en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales?	_____	_____
¿En caso afirmativo, explique _____		

¿Se le administraron vitaminas en forma de jarabe o gotas? _____		
¿Durante cuánto tiempo se le administraron?		

_____ ¿Con qué frecuencia? _____		
¿Chupó chupetes de azúcar?	_____	_____
¿Tuvo su hijo enfermedades infantiles durante la lactancia?	_____	_____
En caso afirmativo, enumérelas _____		

	Sí	No
¿Sufrió fiebres reumáticas (su hijo)?	_____	_____
¿Sufrió dolores en las articulaciones? (Dolores del crecimiento)	_____	_____
¿Ha tenido diabetes?	_____	_____
¿Ha tenido afecciones renales?	_____	_____
¿Ha tenido afecciones del corazón?	_____	_____
¿Le dijo algún médico que su hijo estaba anémico?	_____	_____
¿Recibió su hijo antibióticos?	_____	_____
en caso afirmativo, ¿a que edad? _____		
¿durante cuanto tiempo? _____		
¿Que antibiótico se le administró? _____		
¿Tuvo su hijo dificultades para caminar ?	_____	_____
¿Sufrió alguna operación en la lactancia?	_____	_____
en caso afirmativo, ¿por que razón? _____		

¿Se ha roto su hijo algún hueso?	_____	_____
En caso afirmativo ¿cómo ocurrió? _____		

¿con qué frecuencia? _____		
¿Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas?	_____	_____
¿Existe en su hijo algo que se salga de lo corriente?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____		

¿Consideraría usted a su hijo enfermizo?	_____	_____
¿Por qué? _____		
¿No suda su hijo cuando hace calor?	_____	_____

	Si	No
¿tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental?	_____	_____
En caso afirmativo, explique _____		
<hr/>		
¿Toma su hijo golosinas entre las comidas?	_____	_____
En caso afirmativo, ¿qué tipo de golosina?		
<hr/>		
¿Sufre frecuentemente dolores de dientes?	_____	_____
¿Sangran sus encías con facilidad?	_____	_____
¿Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros?	_____	_____
¿Le salen erupciones fácilmente?	_____	_____
¿Es alérgico a algún tipo de comida, anestésicos locales, penicilina u otras drogas?	_____	_____
¿Sufre asma?	_____	_____
¿Tiene dificultad para detener el sangrado cuando se corta?	_____	_____
¿Le salen fácilmente moretones?	_____	_____
¿Le ha dicho algún médico que su hijo es hemofilico?	_____	_____
¿Se chupa constantemente el pulgar o el dedo del pie?	_____	_____
En caso afirmativo ¿cuando hace esto? _____ / _____		
<hr/>		
¿Tiene problemas para hacer amigos?	_____	_____
¿No se lleva bien con otros niños?	_____	_____
¿Prefiere jugar dentro de casa que al aire libre?	_____	_____
¿Tiene hermanos o hermanas?	_____	_____

Si

No

En caso afirmativo ¿cuáles son sus edades? _____

¿Tiene problemas para estar a la par de su --
clase? _____

¿Teme al dentista? _____

En caso afirmativo, ¿sabe ud por qué? _____

¿Ha ido anteriormente al dentista? _____

LA ANTERIOR HISTORIA CLÍNICA ME PARECE QUE ES LA MÁS INDICADA, PERO DESGRACIADAMENTE EN LA PRÁCTICA DIARIA SE HA COMPROBADO QUE NO ES POSIBLE HACER UN INTERROGATORIO TAN EXTENSO YA QUE A VECES LOS PADRES DEL NIÑO O LOS TUTORES NO SON MUY COOPERADORES; TAL VEZ PORQUE A VECES NO ESTÁN ENTERADOS DE LOS PROBLEMAS QUE PUEDE TENER EL NIÑO O PORQUE SON APÁTICOS, INDIFERENTES, ETC.

SIN EMBARGO A ESTA HISTORIA CLÍNICA LE AGREGARÍA; MODELOS DE ESTUDIO, ORTOPANTOMOGRAFIA, FOTOGRAFÍAS INTRAORALES Y EXTRAORALES. TODO ESTO EN CASO DE TRATAR ALGUNA MALOCCLUSIÓN, DISFUNCIÓN O DISPLASIA ÓSEA.

LOS MODELOS DE ESTUDIO SE LE TOMARIAN AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO PARA ASÍ EL PACIENTE SE DE CUENTA DE LA EVOLUCIÓN DEL MISMO.

LA ORTOPANTOMOGRAFÍA SE UTILIZARÁ PARA DARNOS CUENTA DEL CRECIMIENTO DE LOS MAXILARES, SI EXISTE APIÑAMIENTO TANTO EN SUPERIOR COMO EN INFERIOR, ETC.

LAS FOTOGRAFÍAS LAS UTILIZAREMOS COMO REFERENCIA EN EL COMIENZO DEL TRATAMIENTO Y AL TÉRMINO DE ÉSTE.

CAPITULO III

EL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

1.- INTRODUCCIÓN DEL NIÑO A LA ODONTOLOGÍA.

EL ADOCTRINAMIENTO SOBRE ODONTOLOGÍA CONSISTE EN ENSEÑAR AL NIÑO A ENCARAR UNA SITUACIÓN NUEVA Y A SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL PERSONAL ODONTOLÓGICO. EL PROCESO SUELE CUMPLIRSE CON MUCHA FACILIDAD SI EL ODONTÓLOGO PERMITE QUE EL NIÑO INSPECCIONE EL CONSULTORIO DENTAL Y EL MEDIO COMO POR CASUALIDAD, PERO AL MISMO TIEMPO TRATANDO DE GRABAR EN EL NIÑO LA NECESIDAD Y LA IMPORTANCIA DE LA SITUACIÓN. EL ODONTÓLOGO Y SUS COLABORADORES DEBEN RECORDAR QUE EL NIÑO, EN PARTICULAR EL PACIENTE DE PRIMERA VEZ DESCONOCE POR COMPLETO EL HECHO DE QUE UN DIENTE DOLOROSO O UNA INFECCIÓN PERIAPICAL PLANTEAN UNA AMENAZA AL BIENESTAR, EN CAMBIO, EL NIÑO PUEDE VER EN EL ODONTÓLOGO Y SUS COLABORADORES LA VERDADERA AMENAZA.

EL PRIMER OBJETIVO EN EL MANEJO EXITOSO ES ESTABLECER LA COMUNICACIÓN Y HACERLE SENTIR QUE EL ODONTÓLOGO Y SUS ASISTENTES SON SUS AMIGOS Y ESTAN INTERESADOS POR AYUDARLO. PUEDEN HACERLO LOGRANDO QUE EL NIÑO TOME CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE LA VISITA ODONTOLÓGICA Y LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS.

HA DE ACEPTARSE EL PROCESO DE APRENDIZAJE COMO -- PROCESO IRREGULAR, CON ASCENSOS, MESETAS Y, QUIZAS HASTA -- PERÍODOS DE DESCENSO. ESTE PROCESO IRREGULAR ESTÁ, POR SU PUESTO, RELACIONADO CON LOS CAMBIOS AMBIENTALES Y LOS ESTADOS PSICOLÓGICOS. LOS PADRES, EN EL HOGAR PUEDEN APRECIAR LAS IRREGULARIDADES. HAY PERÍODOS EN QUE LOS NIÑOS APREN-- DEN CON GRAN RAPIDEZ O CUMPLEN GRAN CANTIDAD DE LABORES, -- SEGUIDOS POR OTROS EN QUE HACEN MUY POCO O HASTA PARECEN -- RETROCEDER. LO MISMO SUCEDE CON SUS HÁBITOS DE JUEGO, SU -- COMPORTAMIENTO EN LA MESA, SU HABLA Y, POR CIERTO, SU RELACIÓN CON EL ODONTÓLOGO Y LOS ASISTENTES. HAY UNA CANTIDAD DE SITUACIONES QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE EL PROCESO DE ---- APRENDIZAJE, Y POR CONSIGUIENTE EL NIÑO PUEDE REACCIONAR -- CONTRA CUALQUIER PROCEDIMIENTO PROQUE CARECE DE LA CAPACIDAD DE COMUNICARSE CON EL ODONTÓLOGO Y EL PERSONAL DEL CONSULTORIO. ES IMPORTANTE QUE EL PROFESIONAL TENGA PRESENTE QUE ESTA REACCIÓN PUEDE SER CONSIDERADA NORMAL Y QUE ES -- PARTE DEL PROCESO DE APRENDIZAJE Y NO UNA REACCIÓN PROVOCADA POR ÉL O SU PERSONAL. CON ESTO EN LA MENTE, DEBE TRABAJAR CON RAPIDEZ SUAVIDAD Y, AUN ASÍ CON FIRMESA.

EL ODONTÓLOGO QUE TRATA NIÑOS SE DARÁ CUENTA RÁPIDAMENTE DE QUE EL NIÑO NO SIEMPRE DEMUESTRA UNA REACCIÓN -- DEFINIDA O ÚNICA, SE CONSIDERA QUE HAY POR LO MENOS CUATRO REACCIONES A LA EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA TALES COMO: TEMOR, ANSIEDAD, RESISTENCIA Y TIMIDEZ.

2.1- ASPECTO DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

REELEVANTE IMPORTANCIA ADQUIERE EL ASPECTO Y CONDICIONES GENERALES DEL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO DEBIDO A - QUE POR SER EL PRIMER IMPACTO QUE RECIBE EL NIÑO Y SUS PADRES INFLUIRÁ EN EL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO, EN LA ACTITUD MISMA HACIA EL TRATAMIENTO.

ALGUNOS AUTORES NO CREEN TAN NECESARIO DECORAR EL CONSULTORIO PRECISAMENTE CON MOTIVOS INFANTILES, MÁS BIEN CREAR UN AMBIENTE GRATO Y SOBRIO, PONIENDO MATERIAL DE LECTURA, MÚSICA EN LA SALA DE RECEPCIÓN Y EL CONSULTORIO. ES DECIR PROCURAR QUE LA SALA DE ESPERA SEA SIMILAR EN VARIOS ASPECTOS AL MEDIO FAMILIAR, ADEMÁS DE TENER DISPONIBLES SILLAS, MESAS Y LECTURA INFANTIL DONDE LOS NIÑOS PUEDAN SENTARSE Y LEER. SE PRETENDE QUE EL NIÑO SE SIENTA EN UN MEDIO FAMILIAR, AL CUAL ESTA ACOSTUMBRADO.

ES IMPORTANTE ASIMISMO EVITAR QUE LOS NIÑOS-PACIENTES VEAN SANGRE O A ADULTOS CON DOLOR, PARA LOGRARLO DEBEN PROGRAMARSE CUIDADOSAMENTE LAS VISITAS INFANTILES, ASIMISMO SE LE RECOMENDARÁ A LOS PADRES QUE EL SERVICIO DENTAL ES IMPORTANTE PARA PRESERVAR LOS DIENTES DEL NIÑO.

3.- PERFIL DEL ODONTÓLOGO Y SUS AUXILIARES.

PREMISA BÁSICA ES QUE EL NIÑO SIENTA QUE TODAS --
LAS PERSONAS DEL CONSULTORIO LE INFUNDEN CONFIANZA.

LA PRIMERA PERSONA QUE LO RECIBE ES LA RECEPCIONISTA, ELLA TIENE QUE ESTAR CON UN VESTUARIO TAL QUE NO LE CAUSE TEMOR AL NIÑO; ENSEGUIDA CON EL ASISTENTE, ÉSTE DEBE RECIBIR AL NIÑO CON ACTITUD CORDIAL, ESPONTÁNEA Y GENUINA. ES CONVENIENTE NO TRATAR AL NIÑO CON DEMASIADA FAMILIARIDAD YA QUE ÉSTE DESCONFÍA DE LAS DEMOSTRACIONES DE AFECTO POR PARTE DE UNA PERSONA DESCONOCIDA, Y ANTE UN NIÑO NEGATIVO, ES MEJOR NO HACER NINGÚN COMENTARIO, TAMBIÉN SE RECOMIENDA AL ASISTENTE NO DECIR FRASES QUE PERSUADAN Y PREJUDICEN AL NIÑO.

AL HACER LA CITA TELEFÓNICAMENTE, EL ASISTENTE REGISTRA DATOS IMPORTANTES QUE DE HECHO SIGNIFICA YA INICIAR EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, TALES COMO: ¿ES LA PRIMERA -- VEZ QUE EL NIÑO CONURRE A UN CONSULTORIO DENTAL? ¿SE LE -- HA INFORMADO? ¿COMO HA REACCIONADO? ¿YA FUÉ ATENDIDO EN -- OTRA OPORTUNIDAD? ¿CÓMO RESULTÓ LA EXPERIENCIA? ¿ESTÁ CON DOLOR? ¿DESDE CUANDO? ¿QUIEN ES LA PERSONA QUE LO ENVÍA A NUESTRO CONSULTORIO?, ETC. DE ESTE INTERROGATORIO PRELIMINAR SE PUEDE CONCLUIR LA FORMACIÓN DE LOS PADRES Y POR LO TANTO LA POSICIÓN QUE MANTIENE EL NIÑO ANTE EL ODONTÓLOGO.

ADEMÁS DE TODO EL INTERROGATORIO TELEFÓNICO EL ASISTENTE - PREGUNTARÁ EL NOMBRE Y EDAD DEL NIÑO (PARA REGISTRAR SU -- EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS Y MESES).

YA ESTANDO EL NIÑO EN EL CONSULTORIO EL ASISTENTE HACE UN CUESTIONARIO O LO QUE SE DENOMINA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE ABARCANDO ASPECTOS ENTRE OTROS, COMO LOS HÁBITOS. A ESTE TAMBIÉN LE CORRESPONDE UBICAR LA PRIMERA VISITA. SI SE TRATARA DE UNA EMERGENCIA, CITARÁ AL NIÑO ESE -- MISMO DÍA.

LE CORRESPONDE AL DENTISTA ASEGURARSE DE QUE EL - PERSONAL QUE EMPLEA ESTIME A LOS NIÑOS Y LOS TRATE ADECUADAMENTE, YA QUE DE LO CONTRARIO, SI SUS AUXILIARES LOS TRATAN DE MANERA INADECUADA, NO TENDRÁ ÉXITO EL ODONTÓLOGO, - TAMBIÉN ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA RECIBA AL NIÑO EN LA SALA DE ESPERA EL DÍA DE LA PRIMERA VISITA, ES DE GRAN AYUDA.

EL TRATO CON EL NIÑO DEBE HACERSE CON LA MAYOR NATURALIDAD, SIENDO CONGRUENTE LA ACTITUD, LA VOZ Y LOS ACTOS. LAS ACTITUDES, VOCES AMISTOSAS Y NATURALIDAD EN EL TRATO - DAN MUCHA SEGURIDAD AL NIÑO, ESTO ES IMPORTANTE TENERLO -- PRESENTE YA QUE A MENUDO, UN NIÑO DE MUY CORTA EDAD SE NEGARA A IR CON EL DENTISTA A LA SALA DE TRATAMIENTO Y SE -- AFERRARÁ AL BRAZO DE SU MADRE, EN ESTE CASO SE RECOMIENDA

AL ODONTÓLOGO ACERCARSE DE MANERA AMISTOSA Y RODEARLO CON LOS BRAZOS COMO SI FUERA A ABRAZARLE, DE ESTA MANERA SE TIENE CONTROL DEL NIÑO Y SE LE PUEDE RECOGER Y LLEVAR A LA SALA DE TRATAMIENTO SIN TEMOR A QUE SUS PIES O MANOS DAÑEN A NADIE, LO QUE SE TRATA DE HACER ES QUE EL NIÑO SE SIENTA PROTEGIDO.

CUANDO EL DENTISTA TIENE CONFIANZA EN SI MISMO SE GURAMENTE ÉSTE SENTIMIENTO LO HACE EXTENSIVO, LO TRANSMITE A SU PACIENTE Y SI POR EL CONTRARIO EL DENTISTA NO TIENE SEGURIDAD, SE MANIFESTARÁ EN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO.

LA RELACIÓN DENTISTA-PACIENTE SE BASA EN CONOCIMIENTOS, SENTIDO COMÚN Y EXPERIENCIA, NO OLVIDANDO NUNCA QUE EL PROCESO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO SE DA ENTRE DOS SUJETOS ACTIVOS (PACIENTE-DENTISTA) Y NO ENTRE UN SUJETO ACTIVO (DENTISTA) Y UN OBJETO PASIVO (PACIENTE).

4.- MOMENTO Y DURACIÓN DE LA VISITA.

EN TÉRMINOS GENERALES, SE RESERVARÁN LAS PRIMERAS HORAS DE LA MAÑANA PARA LOS NIÑOS MÁS PEQUEÑOS SON MÁS CAPACES DE ACEPTAR TEMPRANO EL TRATAMIENTO QUE SI LLEGAN CUANDO ESTÁN CANSADOS. EL ODONTÓLOGO ESTÁ MÁS ALERTA Y MÁS CAPACITADO PARA LIDIAR CON LAS REACCIONES IMPREDECIBLES A

ESA HORA TEMPRANA. ES PROBABLE QUE ENTONCES NO TENGA NINGÚN RETRASO EN SU PLAN DE TRABAJO Y QUE EL NIÑO NO DEBA AGUARDAR PARA SER VISTO. LA ESPERA EN LA SALA DE RECEPCIÓN A MENUDO DA AL NIÑO LA OPORTUNIDAD DE FORMARSE UN ESQUEMA MENTAL DE NO COOPERACIÓN O DE ASUSTARSE POR RUIDOS DESUSADOS O HENCOS. HAY, CLARO ESTA EXCEPCIONES PARA LAS SESIONES TEMPRANAS CON NIÑOS; UNA ES EL NIÑO DE QUIEN SE SABE QUE ES POCO COOPERATIVO O ESTÁ DE ALGUNA MANERA DISMINUIDO COMO PARA HACERLE DIFÍCIL ADAPTARSE A LA RUTINA HABITUAL DEL CONSULTORIO. PARA ESTE TIPO DE NIÑO SE DEBE TOMAR EN CUENTA LA ÚLTIMA SESIÓN DE LA MAÑANA O ALGÚN MOMENTO EN QUE EL CONSULTORIO ESTÉ LIBRE DE NIÑOS Y OTROS PACIENTES QUE PUEDIERAN RESULTAR INFLUIDOS POR UNA PERTURBACIÓN.

EN CUANTO A LA DURACIÓN DE LAS VISITAS PARA EL NIÑO MUY PEQUEÑO O EL MUY TEMEROSO DEBEN SER RELATIVAMENTE CORTAS, HASTA QUE EL NIÑO ESTE PLENAMENTE INFORMADO DE LOS PROCEDIMIENTOS Y HAYA ADQUIRIDO CONFIANZA EN SÍ MISMO Y EN EL ODONTÓLOGO.

RECIENTEMENTE, LENCHNER LLEVÓ A CABO UN ESTUDIO EN UN CONSULTORIO PRIVADO PARA DETERMINAR SI EL PLANEAMIENTO DE SESIONES MÁS LARGAS (45 MIN) RECARGABAN AL NIÑO PEQUEÑO. HALLÓ DIFERENCIA ENTRE SESIONES LARGAS Y CORTAS PERO SI HUBO TENDENCIA AL DETERIORO DE LA CONDUCTA EN LAS SESIONES PROLONGADAS. LENCHNER LLEGÓ A LA CONCLUSIÓN DE QUE

LA DURACIÓN DE LA SECIÓN DEBE ESTAR BASADA EN LOS PROCEDIMIENTOS DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y TAMBIÉN LOS FACTORES EXTERNOS TALES COMO LOS PERMISOS EN LA ESCUELA, EL CLIMA, EL TRANSPORTE, LOS HONORARIOS Y LA DISPONIBILIDAD DEL TIEMPO. CUANDO SE INTERROGÓ A LAS MADRES, SE SUPO QUE EN SU MAYORÍA PREFERÍAN LAS SESIONES PROLONGADAS POR SÍ MISMAS Y POR SUS HIJOS. LAS RAZONES DADAS PARA PREFERIR LAS SESIONES LARGAS INCLUYERON, ADEMÁS DEL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOLÓGICO DEL NIÑO, LA CONVENIENCIA DEL PADRE Y DEL NIÑO Y SU PREOCUPACIÓN POR TENER QUE PEDIR PERMISO EN LA ESCUELA PARA LAS VISITAS ODONTOLÓGICAS FRECUENTES.

5.- HABILIDAD Y RAPIDEZ DEL DENTISTA.

EL ODONTÓLOGO DEBERÁ REALIZAR SUS DEBERES CON DESTREZA, RAPIDEZ Y MÍNIMO DE DOLOR. ES MUY IMPORTANTE EN UN CONSULTORIO DE ODONTOPEDIATRÍA LA UTILIZACIÓN EFICIENTE DEL AUXILIAR PORQUE; A) DISMINUYE EL PERÍODO DE TIEMPO DE LA VISITA DENTAL Y ESTO AYUDA AL MANEJO DEL NIÑO, B) DISMINUYE EL NÚMERO NECESARIO DE PASOS Y MOVIMIENTOS, LO QUE REDUCE EL CANSANCIO DEL DENTISTA, Y C) EL ODONTÓLOGO PRACTICA CON MAS EFICIENCIA Y RAPIDEZ, CON LO QUE SE VUELVE MÁS PRODUCTIVO.

SIEMPRE TRATE AL NIÑO COMO SI FUERA EL ÚNICO PACIENTE QUE VE USTED EN ESE DÍA. NUNCA DEJE A UN PACIENTE -

MUY PEQUEÑO SENTADO SOLO EN LA SILLA, YA QUE SUS TEMORES, AÚN NO SON DISIPADOS POR COMPLETO, PUEDEN AGRANDARSE.

DEBE TRABAJARSE SUAVE Y CUIDADOSAMENTE Y NO PERDER TIEMPO Y MOVIMIENTO PARA MEJORAR LA EFICIENCIA, YA -- QUE UN NIÑO PUEDE VER CLARAMENTE CUANDO HAY INEFICIENCIA, AÚN DESPUÉS DE POCAS VISITAS AL CONSULTORIO. LOS NIÑOS -- SON MAS OBSERVADORES QUE LOS ADULTOS, TAL VEZ PORQUE SON MÁS INQUISITIVOS Y SE INTERESAN POR LO QUE LES RODEA.

EL NIÑO PUEDE SOPORTAR MOLESTIAS SI SABE QUE PRONTO ACABARÁN. EN LA INDUSTRIA SE HACEN ESTUDIOS DE TIEMPO Y MOVIMIENTO PARA MEJORAR LA EFICIENCIA.

6.- OTRAS TÉCNICAS.

CAPITULO IV

ETIOLOGIA

PUESTO QUE NO SE PUEDE AISLAR E IDENTIFICAR TODAS LAS CAUSAS ORIGINALES PUEDEN ESTUDIARSE MEJOR Y SE AGRUPAN COMO SIGUE:

- 1) HERENCIA
- 2) CAUSAS DE DESARROLLO DE ORIGEN DESCONOCIDO
- 3) TRAUMATISMOS
- 4) AGENTES FÍSICOS
- 5) HABITOS
- 6) ENFERMEDAD
- 7) DESNUTRICIÓN

INDEPENDIEMENTE DE LA CAUSA ORIGINAL DE LA VARIACIÓN EN EL DESARROLLO, DEBE RECORDARSE QUE LO MÁS IMPORTANTE ES EL SITIO DONDE LA CAUSA SE MANIFIESTA. LA DIFERENCIA DE LA RESPUESTA TISULAR, DURANTE EL DESARROLLO ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA DISTINGUIR NUMEROSOS PROBLEMAS CLÍNICOS APARENTEMENTE IGUALES. RARA VEZ EL SITIO AFECTADO ES ÚNICO; GENERALMENTE SON VARIOS Y UNO DE ESTOS SE CONSIDERA COMO AFECTADO PRIMARIAMENTE Y A LOS OTROS COMO RELACIONADOS SECUNDARIAMENTE. EL RESULTADO ES UNA MALOCCLUSIÓN, UNA DISFUNCIÓN O DISPLASIA ÓSEA O, LO MÁS PROBABLE, UNA COMBINACIÓN DE LAS TRES.

TOMANDO EN CUENTA LO ANTERIOR SE ESTA EN CONDICIÓN DE OBSERVAR LA DIFERENCIA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ETIOLOGÍA, ENTRE LA MALOCCLUSIÓN, UNA DISFUNCIÓN Y UNA DISPLASIA ÓSEA. SI LOS DIENTES SE VEN AFECTADOS RESULTA UNA MALOCCLUSIÓN; SI SE TRATA DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR, EL RESULTADO ES UNA DISFUNCIÓN MUSCULAR; SI SE TRATA DE LOS HUESOS, UNA DISPLASIA ÓSEA. LA MAYOR PARTE DE LOS PROBLEMAS CLÍNICOS SON UNA COMBINACIÓN DE ESTAS TRES VARIANTES.

LOS GRUPOS MUSCULARES, QUE PUEDEN SER SITIOS ETIOLÓGICOS PRIMARIOS, SON:

- 1) LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN, (V PAR CRANEAL)
- 2) LOS MÚSCULOS DE LA EXPRESIÓN FACIAL (VII PAR CRANEAL)
- 3) LA LENGUA.

UN EJEMPLO COMÚN DE ESTO ES EL HÁBITO DE LENGUA PROTRÁCTIL QUE RESULTA UNA MORDIDA ABIERTA.

EL PAPEL DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA MALOCCLUSIÓN, EXCEPTUANDO LOS NEUROMUSCULARES, NO ESTÁ TODAVÍA CLARAMENTE DEFINIDO.

LOS CAMBIOS EN LA MEMBRANA PERIODONTAL, MUCOSA, PIEL, TENDONES, LIGAMENTOS, TEJIDO SINOVIAL Y APONEUROSIS,

SÍ TIENEN UNA ACCIÓN INDUDABLE SOBRE LA FUNCIÓN FISIOLÓGICA DEL SISTEMA MASTICATORIO. EL FACTOR QUE TRASTORNE O ALTERE EL ESTADO FISIOLÓGICO DE CUALQUIER PARTE DE DICHO SISTEMA PUEDE SEÑALARSE COMO UN FACTOR ETIOLÓGICO DE IMPORTANCIA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ETIOLÓGICO EN EL FACTOR TIEMPO, LA DIVISIÓN MÁS ÚTIL DE LOS COMPONENTES DE LA EDAD SE OCASIONA EN CAUSAS QUE ACTÚAN PRENATALMENTE, Y EN AQUELLAS CUYO EFECTO SE APRECIA SÓLO DESPUÉS DEL NACIMIENTO. -- RESUMIENTO LA CAUSA PUEDE SER CONTÍNUA O INTERMITENTE, Y PUEDE MOSTRAR SUS EFECTOS YA SEA PRENATAL O POSTNATALMENTE.

LAS ALTERACIONES DE ORIGEN GENÉTICO PUEDEN HACER SU APARICIÓN PRENATALMENTE, O MANIFESTARSE VARIOS AÑOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, COMO SUCEDE CON ALGUNOS PATRONES DE ERUPCIÓN DENTAL. CUALQUIER PATRÓN DE CRECIMIENTO FACIAL, TRANSMITIDO GENÉTICAMENTE, EN REALIDAD SERÁ AFECTADO Y ALTERADO POR CAUSAS AMBIENTALES PRENATALES Y POSTNATALES.

EL TRAUMATISMO PRENATAL SOBRE EL FETO Y LOS DAÑOS POSTNATALES PUEDEN OCASIONAR DEFORMIDAD DENTOFACIAL, LOS CUALES A CONTINUACIÓN POR SEPARADO MENCIONARÉ.

EL TRAUMATISMO PRENATAL NOS CAUSA: HIPOPLASIA DE LA MANDÍBULA, MICROGNASIA, PROTRACCIÓN MAXILAR, PARALISIS

MUSCULAR, TAMBIÉN INFLUYE LA POSICIÓN DEL FETO YA QUE LA RODILLA O LA PIERNA A VECES HACEN PRESIÓN SOBRE LA CARA - EN TAL FORMA QUE OCASIONAN UNA ASIMETRÍA EN EL CRECIMIENTO FACIAL O CAUSAN UN RETARDO DEL DESARROLLO MANDIBULAR.

EN EL TRAUMATISMO POSTNATAL PODEMOS MENCIONAR: - LAS FRACTURAS DE LOS MAXILARES Y DIENTES, Y HÁBITOS.

TODOS LOS HÁBITOS TIENEN SU ORIGEN DENTRO DEL - SISTEMA NEUROMUSCULAR, PUESTO QUE SON PATRONES REFLEJOS DE CONTRACCIÓN MUSCULAR DE NATURALEZA COMPLEJA QUE SE APREN-- DEN. CIERTOS HÁBITOS SIRVEN COMO ESTÍMULO PARA EL CRECI--- MIENTO NORMAL DE LAS MANDÍBULAS; POR EJEMPLO LA ACCIÓN NOR MAL DE LOS LABIOS Y LA MASTICACIÓN ADECUADA.

LOS HÁBITOS DE PRESIÓN ANORMAL QUE PUEDEN INTERFERIR CON EL PATRON REGULAR DEL CRECIMIENTO FACIAL, DEBEN DISTINGUIRSE DE LOS HÁBITOS NORMALES DESEADOS. LOS EFECTOS DE UNA PRESIÓN INADECUADA PUEDEN OBSERVARSE EN EL CRECI--- MIENTO ANORMAL O RETARDADO DEL HUESO EN LAS MALAS POSICIONES DENTARIA, HÁBITOS DEFECTUOSOS DE RESPIRACIÓN, DIFICULTAD PARA HABLAR, ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO DE LA MUSCULATURA FACIAL Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.

SE DICE QUE LOS NIÑOS ALIMENTADOS CON BOTELLA -- MUESTRAN MÁS FRECUENTEMENTE HÁBITOS DE SUCCIÓN, SI LA BOTE LLA HA SIDO USADA COMO UN MEDIO PARA AQUIETARLOS E INDU--

CIRLOS AL SUEÑO. UNA VEZ QUE TERMINA LA CRIANZA, EL NIÑO -
APRENDE A CHUPARSE EL PULGAR, Y OTRO DEDO, AL IR A DORMIR.

ESTOS HÁBITOS SON APRENDIDOS TEMPRANAMENTE EN LA
VISA DEBIDO AL SISTEMA NEUROMUSCULAR, Y DESAPARECEN ALREDE
DOR DE LOS 4 AÑOS.

DESASFORTUNADAMENTE, POCOS DENTISTAS VEN A LOS -
NIÑOS ANTES DE ESTA ÉPOCA Y EL PEDIATRA O EL MÉDICO DE CA
BECERA QUE ATIENDE A LOS NIÑOS PEQUEÑOS NO SUELEN HACER -
CASO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DENTALES QUE RESULTEN
DE ESTOS HÁBITOS. MÁS TARDE, EL DENTISTA OLVIDA FACILMENTE
QUE LA INTERRUPCIÓN BRUSCA DE UN HÁBITO QUE HA ESTADO ACTI
VO POR VARIOS AÑOS TIENE GRAN INFLUENCIA PSICOLÓGICA SOBRE
EL NIÑO.

EL TIPO DE MALOCLUSIÓN QUE SE DESARROLLA DEPENDE
DE LA POSICIÓN DEL PULGAR U OTROS DEDOS, DE LAS CONTRACCI
ONES ACOMPAÑANTES DE LOS MÚSCULOS DE LOS CARRILLOS, Y DE LA
POSICIÓN DE LA MANDÍBULA DURANTE EL CHUPETEO. LA MORDIDA -
ABIERTA CONTITUYE EN LA REGIÓN ANTERIOR DE LOS ARCOS EL --
PROBLEMA CLÍNICO MÁS FRECUENTE.

EL HÁBITO DE LENGUA PROTRÁCTIL A MENUDO ACOMPAÑA
O QUEDA COMO RESIDUO DEL CHUPETEO O DE ALGÚN DEDO, PERO --
TAMBIÉN PUEDE SER CAUSADO POR AMÍGDALAS HIPERTRÓFICAS O --

HIPERSENSITIVAS, O SEA QUE CUALQUIER DOLOR CRÓNICO EN LA GARGANTA EMPUJA A LA LENGUA HACIA ADELANTE EN PARTICULAR DURANTE LA DEGLUCIÓN. SI LA PERTURBACIÓN DE LA GARGANTA PERSISTE NO DEBE INTENTARSE CORREGIR LA PROTRACCIÓN DE LA LENGUA YA QUE EL DOLOR DE GARGANTA ORIGINA LA FORMACIÓN DE UN NUEVO REFLEJO DE DEGLUCIÓN Y LOS DIENTES SE ACOMODAN A LA NUEVA PRESIÓN ADICIONAL.

CUANDO LA LENGUA DESCANSA ENTRE LOS INCISIVOS CREA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, O CUANDO SE COLOCAN SUS BORDES ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES EN LA REGIÓN DE LOS PREMOLARES SE PRODUCE MORDIDA ABIERTA SÓLO EN LOS SEGMENTOS LATERALES.

EN EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL LOS PACIENTES PRESENTAN UN ALTO PORCENTAJE DE MALOCLUSIONES, PORQUE EL TRASTORNO INICIAL QUE CONDUCE A LA RESPIRACIÓN BUCAL PUEDE SER UNO DE LOS QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN: TABIQUE NASAL DESVIADO; CORNETES INFLAMADOS; INFLAMACIÓN Y CONGESTIÓN CRÓNICA DE LA MUCOSA NASOFARÍNGEA; ALERGIA; HIPERTROFIA ADENOIDEA; INFLAMACIÓN E HIPERTROFIA DE LAS AMÍGDALAS Y HÁBITO DE CHUPETEO. EL SÍNDROME TÍPICO DE RESPIRACIÓN BUCAL ESTÁ CARACTERIZADO POR CONTRACCIÓN DE LA DENTADURA SUPERIOR, LAVIOVERSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES; APIÑAMIENTO EN AMBOS ARCOS DE LOS DIENTES ANTERIORES, HIPERTROFIA Y AGRIETAMIENTO DEL LABIO INFERIOR, HIPOTOMÍA Y ACORTAMIENTO APARENTE DEL LABIO SUPERIOR Y, FRECUENTEMENTE,

SOBRE MORDIDA NOTABLE. LA RELACIÓN MOLAR PUEDE SER DE NEU-
TROCLUSIÓN O DE DISTOCLUSIÓN.

EN LA ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS ALGUNOS AUTORES
OPINAN QUE LOS PATRONES INICIALES DE ALIMENTACIÓN PUEDEN
HABER SIDO DEMASIADO RÁPIDOS, O QUE EL NIÑO RECIBÍA POCO
ALIMENTO EN CADA TOMA. TAMBIÉN PUEDE HABERSE PRODUCIDO DE
MASIADA TENSIÓN EN EL MOMENTO DE LA ALIMENTACIÓN, Y ASI--
MISMO SE HA ACUSADO AL SISTEMA DE ALIMENTACIÓN POR BIBE--
RON. DE IGUAL MODO SE ACEPTA QUE LA INSEGURIDAD DEL NIÑO,
PRODUCIDA POR FALTA DE AMOR Y TERNURA MATERNALES, JUEGA -
UN PAPEL IMPORTANTE EN MUCHOS CASOS.

CAPITULO V

HABITOS

1.- DEFINICION.- UN HÁBITO ES UNA PRÁCTICA FIJA, PRODUCIDA POR LA CONSTANTE REPETICIÓN DE UN ACTO. A CADA REPETICIÓN EL ACTO SE HACE MENOS CONCIENTE Y SE REPITE CONSTANTEMENTE, PUEDE SER RELEGADO POR COMPLETO AL CONCIENTE.

LOS HÁBITOS BUCALES SE HAN DIVIDIDO EN:

A) HABITOS NO COMPULSIVOS.- SON LOS QUE NO IMPULSAN EMOCIONALMENTE Y NO SON PERJUDICIALES PARA EL NIÑO, SON ÚTILES COMO EN ESCAPE A PREOCUPACIONES Y ANSIEDADES QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN PRODUCIENDO TRASTORNOS PSÍQUICOS GRAVES.

B) HABITOS COMPULSIVOS.- SON AQUELLOS IMPULSOS EMOCIONALES POR UNA FRUSTACIÓN PRESENTE O PASADA.

LOS HÁBITOS COMPULSIVOS TIENDEN A PERTURBAR LA FUNCIÓN NORMAL O A DEFORMAR, ÉSTOS PUEDEN PRODUCIR MALOCLUSIONES, EXISTIENDO TAMBIÉN LOS HÁBITOS CORRECTIVOS QUE PUEDEN SER NUESTROS ALIADOS.

LOS HÁBITOS EN GENERAL SON, PARA QUIENES LOS PRACTICAN, UNA FUERZA SUPERIOR QUE SE IMPONEN CON RESISTENCIA Y -

TENACIDAD EN ESTE CASO SE DEBE ELABORAR UN MÉTODO PARA PODER QUITARLAS DE RAÍZ. EN OCASIONES UN MAL HÁBITO ESTIMULA LOS TEJIDOS DURANTE CIERTOS PERÍODOS DE TIEMPO, DE PERSISTIR ESTO, TRAERÁ COMO CONSECUENCIA IRRITACIÓN Y POR LO TANTO UNA BAJA EN LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS DE SOSTEN DEGENERANDO EN ESTADO PATOLÓGICO, ESTO SE OBSERVA EN CIERTOS HÁBITOS DE ORIGEN NERVIOSO.

2.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INICIACION DE LOS HABITOS.

EL NIÑO MANIFIESTA SUS PRIMERAS NECESIDADES, LA MAS URGENTE ES LA ALIMENTACIÓN, POR MEDIO DE LA LACTANCIA. LA LACTANCIA PRODUCIDA POR LA SUCCIÓN QUE EL RECIEN NACIDO EFECTUARÁ A LA PERFECCIÓN, ES OTRO FACTOR QUE SE DEBE TOMAR EN CUENTA PARA LA EXPLICACIÓN DE UN MAL HÁBITO ORAL.

LA ACTITUD DE LA MADRE EN EL ACTO DE LACTANCIA ES TAN IMPORTANTE COMO LA CALIDAD DE LA LECHE, LA LACTANCIA ARTIFICIAL PUEDE SER PERFECTA DESDE EL PUNTO DE VISTA QUÍMICO, PERO NULA COMO EXPERIENCIA EFECTIVA, SIN EMBARGO, ES PREFERIBLE UN BIBERON DADO CON TODO AFECTO MATERNO, QUE UN PECHO ENTREGADO FRIAMENTE. DE AHÍ DEPENDEN LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN DE LA MADRE EN LA ALIMENTACIÓN DEL PEQUEÑO, YA QUE DE ESTO DEPENDE EN GRAN PARTE DE LAS ALTERACIONES QUE REPERCUTEN EN EL NIÑO Y QUE LO LLEVAN A LA INICIACIÓN DE UN HÁBITO ORAL.

OTRO FACTOR IMPORTANTE ES EL DESTETE, QUE PARA EL NIÑO SIGNIFICA LA PÉRDIDA DE UNA GRAN SEGURIDAD Y TRANQUILIDAD, PUES AL PERDERSE EL VÍNCULO QUE LO UNÍA A SU MADRE DESPUÉS DEL NACIMIENTO ES IMPORTANTE QUE SE HAGA CON DELICADEZA PARA EVITAR UNA FRUSTRACIÓN Y QUE EL NIÑO SE REFUGIE EN EL PLACER DE UN MAL HÁBITO ORAL; QUE PUEDE SER PERJUDICIAL PARA SUS DIENTES Y TEJIDOS BLANDOS DE SOSTEN.

LA EDAD Y EL SEXO DESEMPEÑAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN LA FORMACIÓN DE LOS MALOS HÁBITOS, PUES CUANDO A LOS NIÑOS SE LES DEJA ALGÚN HÁBITO ANORMAL HASTA LA ADOLESCENCIA PUEDEN SOBREVIVIR ALTERACIONES DENTARIAS MAS GRAVES Y LAS CUALES QUEDEN PARA TODA LA VIDA.

EL PRIMER ACTO INSTINTIVO ES LA SUCCIÓN, OTRA ES LA INSUFICIENTE O INCORRECTA SALIDA PARA LA ENERGÍA DEBIDO A QUE NO SE PROPORCIONA AL NIÑO MEDIOS PARA QUE ESTE ACTIVO Y OCUPADO. CUANDO POR EL DOLOR Y LA INCOMODIDAD ESPECIALMENTE LOS QUE VIENEN DE TRASTORNOS NUTRICIOSOS, PUEDEN PRODUCIR CUALQUIERA DE LOS HÁBITOS MENCIONADOS, PERO EN PARTICULAR INTERÉS AQUELLOS QUE LLEVAN LA MANDÍBULA HACIA ADELANTE Y LAS POSTURAS INCORRECTAS DURANTE EL DORMIR.

EL TAMAÑO DE ÓRGANOS TALES COMO LAS AMÍGDALAS ADENOIDES O LENGUA AUMENTADA PUEDEN OBSTRUIR LA CORRECTA RESPIRACIÓN; EN ESTOS CASOS ES ACONSEJABLE ELIMINAR LAS AMIGDALAS O ADENOIDES HIPERTRIFICADOS ANTES DE QUE SE FORMEN HÁBI

TOS INCORRECTOS.

MUCHOS HÁBITOS SON RESULTADOS DIRECTOS DE IMITACIÓN DE LOS PADRES OTRAS PERSONAS O COMPAÑEROS. LOS HÁBITOS PERNICIOSOS SON FACTORES ETIOLÓGICOS DE MAS POSICIONES DENTARIAS, MALOCCLUSIONES O DEFORMIDADES FACIALES POR INTERFERENCIA CON LAS FUERZAS DE PRESIÓN NORMALES Y LA PRODUCCIÓN DE FUERZAS ANORMALES: YA QUE MECANICAMENTE LOS DIENTES PUEDEN SER MOVIDOS A POSICIONES DESEABLES POR LIGEROS ESTÍMULOS DE PRESIÓN PRODUCIDOS POR HÁBITOS, PUEDEN DEFORMAR FACIALMENTE.

EL TIPO DE DEFORMIDAD QUE UN HÁBITO ESPECÍFICO PRODUCE O LLEGASE A PRODUCIR, SE DETERMINA OBSERVANDO EL ACTO Y LA DIRECCIÓN DE LAS PRESIONES, POR EJEMPLO:

SI LA LENGUA ES MANTENIDA ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES AL TRAGAR EL RESULTADO SERÁ UNA PROTRUSIÓN, COMO TAMBIÉN MORDIDA ABIERTA; LO MISMO QUE LA SUCCIÓN DEL LABIO INFERIOR PUEDE PRODUCIR PROTRUSIÓN DE LOS DIENTES INFERIORES, MIENTRAS QUE LA SUCCIÓN DEL LABIO SUPERIOR PRODUCIRÁ EL ESTADO INVERSO.

3.- HABITOS LINGUALES Y DE DEGLUCION.

STRAUB DESCRIBIÓ COMO ACTO NORMAL DE DEGLUCIÓN --- AQUEL EN EL CUAL LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN SE EMPLEAN PARA LLEVAR A ESTRECHO CONTACTO DIENTES Y MAXILARES Y MAN-

TENERLOS ASÍ DURANTE TODO EL PROCESO. LA DEGLUCIÓN TÍPICA - SE PRODUCE CON LOS DIENTES EN OCLUSIÓN Y CON LA PUNTA DE LA LENGUA CONTRA LAS CARAS LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y LA PORCIÓN ANTERIOR DEL PALADAR. LA LENGUA PUEDE FUNCIONAR MEJOR CUANDO SU PUNTA Y SUS LADOS PUEDEN SER FORZADOS CONTRA EL PALADAR DURO RÍGIDO Y LOS DIENTES OCLUIDOS. - LA FUERZA DE LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES DESDE DENTRO DE - LOS ARCOS DENTALES ES COMPENSADA NORMALMENTE POR LA ACCIÓN DE LA MUSCULATURA DE LOS CARRILLOS Y LABIOS. SI LA FUERZA - DE LA LENGUA EXCEDE LAS FUERZAS COMPENSATORIAS EJERCIDAS -- POR OTRAS ESTRUCTURAS, EL RESULTADO FINAL SERÁ UN CAMBIO EN LA POSICIÓN Y LA RELACIÓN DE LOS DIENTES.

EN EL HÁBITO ANORMAL DE DEGLUCIÓN, EN CAMBIO, LOS - MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN NO SON UTILIZADOS PARA PONER EN CONTACTO LOS MAXILARES. PRIMERO, LA LENGUA ES PROYECTADA HACIA ADELANTE, ENTRE LOS DIENTES; DESPUÉS, LOS MÚSCULOS DE - LA MASTICACIÓN PONEN EN CONTACTO LOS MAXILARES HASTA QUE -- LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES TOCAN LA LENGUA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SÓLO LA PUNTA DE LA LENGUA ESTÁ INVOLUCRADA CON MORDIDA ABIERTA EN SÓLO LA REGIÓN INCISIVA Y CANINA. EN OTROS, ADEMÁS DE LA PUNTA INTERPONEN LOS LADOS DE LA LENGUA. ESTA UBICACIÓN PROVOCA MORDIDA ABIERTA EN LAS ZONAS CANINAS Y MOLARES ASÍ COMO EN LA ZONA ANTERIOR. PUEDEN RESULTAR INVOLUCRADOS EL MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS Y OTROS MÚSCULOS FACIALES DE LA EXPRESIÓN, ESPECIALMENTE EL - MENTONIANO, CUANDO EL PACIENTE BUSCA TENSAR EL CONJUNTO A -

MODO DE AYUDA PARA LLEVAR EL BOLO HACIA ATRÁS. EL ACTO DE DEGLUCIÓN SE REPITE APROXIMADAMENTE DOS VECES CADA MINUTO EN LAS HORAS DE VIGILANCIA Y UNA VEZ POR MINUTO O MENOS EN LA DE SUEÑO, DEPENDIENDO LA FRECUENCIA DEL FLUJO SALIVAL.

ÉS RELATIVAMENTE FÁCIL DETERMINAR SI UN PACIENTE - ESTÁ UTILIZANDO LOS MÚSCULOS CORRECTOS DURANTE EL ACTO DE DEGLUCIÓN. ESTANDO FRENTE AL PACIENTE, SE COLOCAN LOS DE-- DOS SUAVEMENTE SOBRE EL MÚSCULO TEMPORAL Y SE INDICA AL PA CIENTE QUE DEGLUTA. SI EL ACTO ES NORMAL, EL MÚSCULO TEMPORAL SE CONTRAE. SI NO SE PONEN LOS DIENTES EN OCLUSIÓN CO-- MO DEBIERAN DURANTE EL ACTO NORMAL EL MÚSCULO TEMPORAL NO SE CONTRAERÁ.

LA POSICIÓN ANORMAL DE LA LENGUA ESTÁ TAMBIÉN CON - FRECUENCIA ASOCIADA A LA MALA OCLUSIÓN DE LOS DIENTES. CON LOS ARCOS EN POSICIÓN DE REPOSO, LA LENGUA PUEDE EXTENDERSE SOBRE LOS BORDES INCISALES DE LOS INCISIVOS INFERIORES Y -- EVITAR LA ERUPCIÓN NORMAL. STRAUB CREE QUE TANTO LA POSI--- CIÓN ANORMAL DE DEGLUCIÓN Y DE LA LENGUA PUEDEN SER RESPON-- SABLES DE MORDIDAS ABIERTAS Y MALOCLUSIONES DE CLASE III.

LA DEGLUCIÓN VISCERAL (INFANTIL), DESCRITA POR RIX, PARECE SER CAUSADA POR LA CONSERVACIÓN DE LA PAUTA REFLEJA CONGÉNITA. EL BEBE DEGLUTE CON LOS REBORDES GINGIVALES DES-- DENTADOS SEPARADOS. AL ERUPCIONAR LOS DIENTES TOMAN POSI--- CIÓN ENTRE LOS LABIOS Y LA LENGUA. EN COINCIDENCIA CON ESTO,

EL REFLEJO DE DEGLUCIÓN NORMALMENTE CAMBIA Y LOS MÚSCULOS INERVADOS POR EL QUINTO PAR ENTRAN EN ACCIÓN. UNA DEMORA - EN ESTE CAMBIO PODRÍA DEBERSE A HABER MANTENIDO DEMASIADO TIEMPO A LA CRIATURA CON EL BIBERON, O AL USO DE PEZONES - QUE SEAN DEMASIADO LARGOS O QUE TENGAN LOS AGUJEROS DEMASIADO GRANDES PARA QUE EL LÍQUIDO FLUYA LIBREMENTE, Y POR LA DEMORA EN INCORPORAR LOS ALIMENTOS SÓLIDOS. LOS PACIENTES QUE CONSERVARON SU PATRON ANORMAL DE DEGLUCIÓN PUEDEN TENER SÓLO LOS DIENTES POSTERIORES EN OCLUSIÓN.

LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR SE LOCALIZA, A MENUDO - CON OCLUSIÓN POSTERIOR NORMAL, ES CARACTERÍSTICA DEL TIPO - SIMPLE DE HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL.

4.- SUCCION DEL PULGAR Y SUS EFECTOS A NIVEL DENTARIO.

SIENDO LA SUCCIÓN DEL PULGAR UNA DE LAS PRIMERAS - MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS DEL NIÑO, NO ES RARO ENCONTRAR QUE EL HÁBITO DE SUCCIONAR ES UNO DE LOS MAS FRECUENTES Y - DE LOS QUE MAYOR NÚMERO DE MALOCLUSIONES PUEDE CAUSAR SEGÚN KANLOROWICKZ AL ALIMENTARSE EL LACTANTE ESTA GUIADO POR DOS INSTINTOS: EL DE LA ALIMENTACIÓN Y EL DE CHUPAR O SUCCIONAR.

PARA SATISFACERLO HAY DOS REFLEJOS HEREDADOS, QUE - SE EXTIENDE- A VARIOS GRUPOS MUSCULARES COORDINADOS.

A) EL REFLEJO DE DEGLUCIÓN

B) EL REFLEJO DE SUCCIÓN.

EN LA USUAL ALIMENTACIÓN CON BIBERON SATISFACE EL INSTINTO DE ALIMENTARSE PERO NO EL DE SUCCIÓN; GENERALMENTE SE RETIRA EL BIBERON CUANDO ESTA VACIO VARIANDO EL ORIFICIO DEL CHUPETE Y LA ENERGÍA EMPLEADA POR EL BEBÉ SO TODAVÍA EL NIÑO NO SE HA SATISFECHO SU NECESIDAD DE CHUPAR, EL LACTANTE INTENTA ENSEGUIDA SEGUIR SUCCIONANDO SU PULGAR.

POLDY ACONSEJA AL DENTISTA QUE SE INTERESE EN EL - DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE Y TRATE DE ESTABLECER LAS CAUSAS PSICOLÓGICAS DE LOS HÁBITOS Y NOS DICE QUE LA - SUCCIÓN DEL PULGAR, YA SE DEBA A ABURRIMIENTO O A IRREGULARIDADES DE LA DIGESTION, SE CONVIERTE EN HÁBITO PORQUE ES PARA EL BEBÉ UNA EXPERIENCIA SIEMPRE PLACENTERA. COMO SIMPLE HÁBITO PERSISTE FÁCILMENTE CUANDO YA NO EXISTE CAUSA - PLAUSIBLE. ENTONCES Y SÓLO ENTONCES, ESTAMOS JUSTIFICADOS EN EMPLEAR MEDIDAS ARTIFICIALES PARA QUEBRAR EL HÁBITO.

PETERSON SEÑALA QUE LA SUCCIÓN DEL PULGAR SURGE DE LA FALTA DE CONTACTO FÍSICO Y AFECTO TEMPRANO POR PARTE DE LA MADRE AL ALIMENTAR A SU HIJO COMO FACTOR FUNDAMENTAL Y QUE ESTE HÁBITO ESTÁ ESTRECHAMENTE INTEGRADO EN LA NATURALEZA EMOCIONAL DE UN NIÑO Y DEBE SER CORREGIDO LO MÁS TEMPRANO POSIBLE. PARA REMATAR CON ESTE CONCEPTO NOS DICE QUE HAY QUE OPONERSE A LA SUCCIÓN DEL PULGAR. FORREST, NOS DICE "QUE LA MEJOR ÉPOCA PARA QUEBRAR EL HÁBITO DE SUCCIÓN - DEL PULGAR ES ENTRE LA EDAD DE 1 Y 3 AÑOS". EL DR. THOLUCK

NOS DICE "QUE LA MEJOR ÉPOCA ESTÁ ENTRE LAS 6 SEMANAS Y EL CUARTO MES DE VIDA" .

LAS MALOCLUSIONES CAUSADAS POR LA SUCCIÓN DIGITAL SE PRESENTAN EN RELACIÓN A LOS SIGUIENTES FACTORES:

- A) DURACIÓN
- B) INTENSIDAD
- C) FRECUENCIA DE HÁBITO
- D) POSICIÓN
- E) NÚMERO DE DEDOS QUE SE SUCCIONAN.

ASÍ ENCONTRAMOS QUE SI EL PULGAR ES EL DEDO QUE SE SUCCIONA, APOYÁNDOLO SOBRE LA PARTE ANTERIOR DEL PALADAR, ENTORPECERÁ EL DESARROLLO NORMAL DEL MAXILAR Y LOS INCISIVOS SE ENCONTRARÁN PROTRUIDOS. SI ADEMÁS DE COLOCARSE EL DEDO EN ESTA POSICIÓN EL RESTO DE LA MANO SE APOYA SOBRE LA NARIZ, SE DIFICULTARÁ LA RESPIRACIÓN NORMAL CAUSANDO ELEVACIÓN DEL PALADAR. ESTAS POSICIONES DE LOS DEDOS PROVOCARÁN UNA DISTOCLUSIÓN AL OBSTACULIZAR LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA Y EVITAR SU NORMAL DESARROLLO.

CUANDO EL DEDO SUCCIONADO ES MANTENIDO SOLAMENTE EN LA BOCA SIN EJERCER PRESIÓN SOBRE LOS MAXILARES O LA NARIZ ENCONTRAMOS MAL POSICIONES LEVES CON UNA MORDIDA ABIERTA LIGERA. LAS MALOCLUSIONES PUEDEN VERSE AGRAVADAS SI ENCONTRAMOS UNIDA AL HÁBITO LA PRESENCIA DE UNA ACTIVIDAD

ANORMAL DE LOS MÚSCULOS PERIORALES COMO: HIPERACTIVIDAD -- DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA QUE ES MUY FRECUENTE EN LOS NIÑOS CON SUCCIÓN DIGITAL.

EN FORMA GENERAL PODEMOS OBSERVAR QUE LAS MALOCLUSIONES SE PRESENTAN EN LOS NIÑOS CON SUCCIÓN DIGITAL, PERTENECE A LA CLASE II SUBDIVISIÓN I DE LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE, CON SUS CARACTERÍSTICAS CORRESPONDIENTES. ADEMÁS -- DEL DAÑO QUE CAUSA EL HÁBITO DE SUCCIÓN DEL PULGAR SOBRE LA OCLUSIÓN, DEFORMIDADES FACIALES TAMBIÉN DEBEMOS DE HACER MENCIÓN DE CIERTAS MICOSIS LAS CUALES SURGEN A CONSECUENCIA DE LA CONSTANTE HUMEDAD.

EL PALADAR OJIVAL ES OTRA DE LAS DEFORMACIONES PRODUCIDAS POR LA FUERZA APLICADA SOBRE EL PALADAR DURO DE UNA MANERA CONSTANTE, DEJANDO UN MARCADO HUNDIMIENTO. ENTRE LAS DEFORMIDADES FACIALES TENEMOS "FACIE ADENOIDEA " - SE PRESENTA CUANDO EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO ES ADQUIRIDO DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA ESTANDO DIRECTAMENTE RELACIONADO CON LOS INDIVIDUOS LONGILINEOS. LOS MÚSCULOS QUE ACTIVAMENTE TRABAJAN EN EL HÁBITO DE SUCCIÓN PRODUCEN CONTRACCIONES DEL ARCO MAXILAR, ESTAS ALTERACIONES A MENUDO IMPIDEN QUE EL PISO NASAL BAJE NORMAL; ASI MISMO -- LAS NUMEROSAS CONTRACCIONES DE ESTOS MÚSCULOS LLEGAN A PRODUCIR UN HIPERTONISMO MARCADO Y AL MISMO TIEMPO SE HIPERTROFIAN.

CLINICAMENTE Y EN SINTESIS LAS ALTERACIONES FRECUENTES DE UN PACIENTE CON HÁBITOS DE SUCCIÓN COMPULSIVO Y PRINCIPALMENTE DEL PULGAR SON; INCISIVOS SUPERIORES EN PROTRUSIÓN, ARCOS MAXILARES Y MANDIBULARES CONTRAÍDOS, MORDIDA ABIERTA ANTERIOR O MORDIDA PROFUNDA DEPENDIENDO SI EXISTE O NO PROBLEMAS DE DEGLUCIÓN (LENGUA PROTACTIL) INCISIVOS INFERIORES, EN LINGUO-VERSIÓN O DEPRIMIDOS, LABIO SUPERIOR ATÓNICO, LABIO INFERIOR GRUESO Y ENROLLADO, LA NARIZ PEQUEÑA Y SUBDESARROLLADA, EL MAXILAR ANGOSTO CON BÓVEDA PALATINA EN FORMA DE V INVERTIDA Y EL DEDO O DEDOS QUE SUCCIONAN CON CALLOSIDADES O BIEN CON PEQUEÑAS MICOSIS.

LAS ANOMALÍAS QUE PRESENTEN DEPENDERÁN DE LA FORMA EN QUE SE EJECUTE EL HÁBITO Y LA EDAD EN QUE SE ESTABLEZCA, Y ASÍ STRANG DIVIDE LOS ASPECTOS CLÍNICOS EN TRES FACES DE DESARROLLO.

FACE I.- CHUPETEO NORMAL DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA: COMPRENDE DE LOS TRES MESES A LOS CUATRO AÑOS DE EDAD, EN ESTE PERÍODO GRAN NÚMERO DE NIÑOS SE CHUPAN EL PULGAR Y OTROS DEDOS PRINCIPALMENTE AL DEJAR DE SUCCIONAR, DESAPARECE GENERALMENTE AL TERMINAR ESTA FACE.

FACE II.- CHUPETEO DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA; SE EXTIENDE ESTA FACE DE LOS DOS A LOS CUATRO AÑOS, AQUÍ ES IMPORTANTE UNA MAYOR ATENCIÓN POR DOS CAUSAS:

A) INDICA A VECES ANSIEDAD DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.

B) AL FINAL DE ESTA FACE, EL HÁBITO TIENE EFECTOS -
SOBRE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

FACE III.- CHUPETEO INTRATABLE DEL PULGAR; PERSISTENTE DESPUÉS DE LOS CUATRO AÑOS. NECESITANDO UNA TERAPÉUTICA DENTAL Y PSICOLÓGICA COMPLETA.

ESTE HÁBITO PUEDE ACOMPAÑARSE POR OTROS HÁBITOS -- ACCESORIOS TÍPICOS COMO ESTIRARSE EL PELO, ACARICIARSE LA NARIZ CON EL DEDO INDICE, DAR TIRONES AL LÓBULO DE LA OREJA: MUCHOS NIÑOS DEMUESTRAN DIFICULTADES PARA DORMIRSE AL MISMO TIEMPO Y QUE SE CHUPAN EL DEDO PULGAR U OTRO Y SE -- LES PERMITA ACARICIAR UN CIERTO JUGUETE DE LANA, PELUCHE O HASTA ALGÚN TRAPO VIEJO.

5.- RESPIRACION BUCAL.

EN LOS NIÑOS, ES POCO FRECUENTE RESPIRAR CONTINUAMENTE POR LA BOCA PUEDEN CLASIFICARSE EN TRES CATEGORÍAS:-
1) POR OBSTRUCCIÓN; 2) POR HÁBITO Y 3) POR ANATOMÍA.

1).- POR OBSTRUCCIÓN.- SON AQUELLOS QUE PRESENTAN RESISTENCIA INCREMENTADA U OBSTRUCCIÓN COMPLETA DEL FLUJO NORMAL DE AIRE A TRAVÉS DEL CONDUCTO NASAL. COMO EXISTE DIFICULTAD PARA INHALAR Y EXHALAR AIRE A TRAVÉS DE LOS CONDUCC

TOS NASALES, EL NIÑO, POR NECESIDAD SE VE FORZADO A RESPIRAR POR LA BOCA.

2).- POR HÁBITO. ES AQUEL NIÑO QUE RESPIRA CONTINUAMENTE POR LA BOCA Y LO HACE POR COSTUMBRE, AUNQUE SE HAYA ELIMINADO LA OBSTRUCCIÓN QUE LO OBLIGABA A HACERLO.

3).- POR ANATOMÍA.- EL NIÑO QUE RESPIRA POR LA BOCA POR RAZONES ANATÓMICAS, ES AQUEL CUYO LABIO SUPERIOR CORTO NO LE PERMITE CERRAR POR COMPLETO SIN TENER QUE REALIZAR ENORMES ESFUERZOS.

DEBE PODERSE DISTINGUIR A CUÁL DE ESTAS CATEGORÍAS CORRESPONDE AL NIÑO. TAMBIÉN DEBE DIFERENCIARSE EL SEGUNDO TIPO DEL DE UN NIÑO QUE RESPIRA POR LA NARIZ, PERO QUE, A CAUSA DE UN LABIO SUPERIOR CORTO MANTIENE CONSTANTEMENTE - LOS LABIOS SEPARADOS.

FRECUENTEMENTE SE OBSERVA RESPIRACIÓN OBSTRUCTIVA POR LA BOCA EN NIÑOS ECTOMÓRFICOS QUE PRESENTAN CARAS ESTRECHAS Y LARGAS Y ESPACIOS NASOFARÍNGEOS ESTRECHOS, A CAUSA DE SU TIPO GENÉTICO DE CARA Y NASOFARÍNGE ESTRECHAS, ESTOS NIÑOS PRESENTAN MAYOR PROPENSIDAD A SUFRIR OBSTRUCCIONES NASALES QUE LOS QUE TIENEN ESPACIOS NASOFARÍNGEOS AMPLIOS COMO SE ENCUENTRAN EN LOS INDIVIDUOS BRAQUICEFÁLICOS.

LA RESISTENCIA A RESPIRAR POR LA NARIZ PUEDE SER CAUSADA POR:

- 1) HIPERTROFIA DE LOS TURBINATOS CAUSADA POR ALERGIAS, INFECCIONES CRÓNICAS DE LA MEMBRANA MUCOSA QUE CUBRE LOS CONDUCTOS NAALES, RINIRIS --- ATRÓFICA, CONDICIONES CLIMÁTICAS FRÍAS Y CÁLIDAS O AIRE CONTAMINADO.
- 2) TABIQUE NASAL DESVIADO CON BLOQUEO DEL CONDUCTO NASAL.
- 3) ADENOIDES AGRANDADOS.

COMO EL TEJIDO ADENOIDAL O FARÍNGEO ES FISIOLÓGICAMENTE HIPERPLÁSICO DURANTE LA INFANCIA, NO ES RARO QUE LOS NIÑOS DE CORTA EDAD RESPIREN POR LA BOCA POR ESTA CAUSA. SIN EMBARGO, RESPIRAR POR LA BOCA PUEDE CORREGIRSE POR SÍ SOLO AL CRECER EL NIÑO, CUANDO EL PROCESO FISIOLÓGICO NATURAL CAUSA LA CONTRACCIÓN DEL TEJIDO ADENOIDEO.

6.- SUCCION LABIAL.

LA SUCCIÓN O MORDIDA DEL LABIO PUEDE LLEVAR A LOS MISMOS DESPLAZAMIENTOS ANTERIORES QUE LA SUCCIÓN DIGITAL, AUNQUE EL HÁBITO GENERALMENTE SE PRESENTA EN LA EDAD ESCOLAR, HABLANDO CON EL NIÑO Y PIDIENDO SU COOPERACIÓN PUEDE LOGRARSE EL ABANDONO DE ÉSTE.

EL ODONTÓLOGO PUEDE AYUDAR SUGIRIENDO EJERCICIOS -

LABIALES TALES COMO LA EXTENSIÓN DEL LABIO SUPERIOR SOBRE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y APLICAR CON FUERZA EL LABIO INFERIOR SOBRE EL SUPERIOR. TOCAR INSTRUMENTOS MUSICALES BUCALES AYUDA A ENDEREZAR LOS MÚSCULOS LABIALES Y A EJERCER PRESIÓN EN LA DIRECCIÓN ACERTADA SOBRE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES.

7.- HABITO SANDOMASOQUISTA.

ESTE TIPO DE HÁBITO ES MUY RARO, YA QUE POCAS VECES SE ENCONTRARÁ UN NIÑO CON HÁBITOS O NATURALEZA MASOQUISTA. SIN EMBARGO ALGUNOS AUTORES HAN MENCIONADO ALGUNOS CASOS POR EJEMPLO; MENCIONARÉ EL CASO DE UN NIÑO QUE UTILIZABA LA UÑA DEL DEDO PARA RASGAR EL TEJIDO GINGIVAL DE LA SUPERFICIE LABIAL DE UN CANINO INFERIOR. EL HÁBITO HABÍA PRIVADO COMPLETAMENTE A LA PIEZA DEL TEJIDO GINGIVAL MARGINAL SIN LIGAR, EXPONINDO EL HUESO ALVEOLAR.

EL TRATAMIENTO CONSISTIÓ EN AYUDA PSIQUIÁTRICA Y TAMBIÉN EN ENVOLVER EL DEDO CON CINTA ADHESIVA.

CAPITULO VI

METODOS DE ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTOS

1.- MÉTODO DE ADIESTRAMIENTO PASIVO.

DESPUÉS DE ANALIZAR LOS HÁBITOS VICIOSOS, SE REQUIERE DE EJERCICIOS MUSCULARES CORRECTIVOS COMO ALTERNATIVA, PARA CONVERTIR UN HÁBITO VICIOSO EN OTRO ÚTIL.

ALFRED P. ROGERS HA ESTUDIADO E INVESTIGADO MUCHO ACERCA DEL FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DE LOS MÚSCULOS DE LA BOCA, Y HA SIDO DE ESTA FORMA COMO HA DADO A LA PROFESIÓN DENTAL UNA BASE PARA EL TRATAMIENTO DE LA MALOCLUSIÓN; ASÍ MISMO ÉL LLAMA APARATOS ORODÓNTICOS VIVOS A LOS MÚSCULOS DE LA BOCA. A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN VARIOS TIPOS DE EJERCICIOS MUSCULARES CORRECTIVOS:

LA GUÍA DE LINN. LA PRESIÓN EXTERNA ES UNA DE LAS CAUSAS DE LAS DEFORMACIONES DENTOFACIALES, Y ES NECESARIO EL CORREGIRLAS PARA EL TOTAL ÉXITO DEL TRATAMIENTO DE LA MALOCLUSIÓN. EL HÁBITO DE DORMIR APOYANDO EL ROSTRO EN LA ALMOHADA ES UNA DE LAS COSTUMBRES DIFÍCILES DE CORREGIR PUES LAS POSTURAS QUE SE ADOPTAN DURANTE EL SUEÑO RESISTEN EL CAMBIO.

JESS A. LINN IDEÓ UNA GUÍA CON LA QUE PUEDE AYU-

DARSE AL NIÑO, PARA QUE APRENDA A DORMIR EN OTRAS POSTURAS, LA GUÍA DE LINN CONSISTE EN UNA CINTA ANCHA DE TELA PARA - TOALLA QUE TIENE DOS CORDONES EN SUS EXTREMOS PARA SUJETAR LOS BRAZOS DEL PACIENTE, ESTOS CORDONES PERMITEN QUE EL NIÑO SE TIENDA SOBRE CUALQUIERA DE LOS COSTADOS; PERO EVITA QUE LO HAGA SOBRE SU VIENTRE.

LA GUÍA SE HARÁ SOBRE MEDIDA PARA CADA PACIENTE. CADA CORDÓN TIENE UNA UNIÓN HACIA EL CENTRO Y OTRA HACIA - EL EXTERIOR DE LA BANDA. LAS UNIONES DEL CENTRO SE ENCUENTRAN ENTRE LOS OMÓPLATOS Y EVITAN QUE LOS CORDONES SE CORRAN DURANTE EL SUEÑO. LAS UNIONES DEL EXTERIOR SE ENCUENTRAN LO SUFICIENTEMENTE SEPARADAS PARA PERMITIR QUE EL NIÑO SE PONGA LA GUÍA COMO SI FUERA UNA CHAQUETA, CUANDO SE TIENDE EN LA CAMA O CUANDO VA A ACOSTARSE.

LOS EXTREMOS DE LA BANDA SE SUJETAN A LAS BARRAS LATERALES DE LA CAMA O DEBAJO DEL COLCHÓN SI ES NECESARIO, Y LA BANDA SE EXTIENDE SOBRE LA SÁBANA INFERIOR. SI EL NIÑO SE PONE LA GUÍA DESLIZANDO AMBOS BRAZOS POR LAS GASAS, - ÉSTAS LO SUJETAN POR DEBAJO DE LAS AXILAS Y POR ENCIMA DE LOS HOMBROS.

1.- EJERCICIOS DEL MÚSCULO MASETERO Y TEMPORAL.

EN MUCHOS NIÑOS QUE RESPIRAN POR LA BOCA, GENERAL

MENTE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN SON DÉBILES E HIPOTÓNICOS, FLOJOS Y LES FALTA FUERZA Y TONO. SI EL NIÑO PUEDE COLOCAR LOS DIENTES EN LA OCLUSIÓN CORRECTA, ES ACONSEJABLE RECURRIR AL SIGUIENTE EJERCICIO.

- A) PONER LA PUNTA DEL DEDO ÍNDICE DEL PACIENTE, SOBRE EL MÚSCULO MASETERO CERCA DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, PARA QUE EL PACIENTE PUEDA SENTIR LOS MOVIMIENTOS DE CONTRACCIÓN Y RELAJAMIENTO.
- B) OCLUIR LOS DIENTES.
- C) A CONTINUACIÓN SE DEBE CONTRAER Y AFLOJAR EL GRUPO DE MÚSCULOS MASTERO-TEMPORAL, SE DEBE ASEGURAR QUE LA MANDÍBULA PERMANESCA INMÓVIL.
- D) MANTENER LOS MÚSCULOS CONTRAÍDOS, HASTA QUE EL NIÑO CUENTE HASTA DIEZ MENTALMENTE; ENSEGUIDA SE AFLOJARÁN LOS MÚSCULOS.
- E) SE REPETIRÁ CUANDO MENOS DIEZ VECES LA CONTRACCIÓN Y EL RELAJAMIENTO CONTANDO HASTA DIEZ.
- F) UNOS DÍAS DESPUÉS, DEBERÁ AUMENTARSE GRADUALMENTE LA CUENTA DE DIEZ HASTA LLEGAR A VEINTE; EL ESFUERZO MUSCULAR NO DEBE SER EXCESIVO.

- g) ESTE EJERCICIO DEBERÁ REALIZARSE CON REGULARIDAD UNAS TRES VECES AL DÍA. ESTE EJERCICIO -- FORTALECERÁ LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y ESTIMULARÁ EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS.

2.- EJERCICIO DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO.

LOS NIÑOS CUYOS MÚSCULOS DE LA BOCA SON DÉBILES Y FLOJOS, QUE TIENEN UN DESPLAZAMIENTO DISTAL DE LA MANDÍBULA, PUEDEN CORREGIR EN MUCHOS CASOS ESA CONDICIÓN MEDIANTE EL EJERCICIO PTERIGOIDEO. PUEDE SER NECESARIO TAMBIÉN - EMPLEAR CIERTA FORMA DE APARATO ORTODÓNTICO, ESPECIALMENTE CUANDO EXISTEN PUNTOS DE INTERFERENCIA QUE INDICAN QUE LA MANDÍBULA PUEDE SER LLEVADA HACIA ADELANTE, A LA POSICIÓN DE VENTAJA MECÁNICA.

- a) SE LLEVARÁ LA MANDÍBULA TAN ADELANTE COMO SEA POSIBLE Y DESPUÉS HAY QUE DEJARLA QUE SE RETRAIGA, HASTA QUE LOS DIENTES TOMEN SU RELACIÓN NORMAL.
- b) SE LE INDICARÁ AL PACIENTE QUE APRIETE LOS DIENTES, CONTRAIGA Y AFLOJE EL GRUPO DE MÚSCULOS MASETERO-TEMPORAL CONTANDO HASTA DIEZ LENTAMENTE COMO SE INDICÓ EN EL EJERCICIO ANTERIOR.

C) SE DEJARÁ DESCANSAR LA MANDÍBULA POR UN MOMENTO Y DESPUÉS SE LLEVARÁ OTRA VEZ HACIA ADELANTE, REPITIENDO LO QUE SE DIJO EN EL EJERCICIO ANTERIOR.

D) ESTE EJERCICIO DEBERÁ CONTINUARSE HASTA QUE - SE HAYA FIJADO EL HÁBITO FISIOLÓGICO NORMAL, - EN RELACIÓN CON LA POSICIÓN DE LA MANDÍBULA.

3.- EJERCICIO DE WILSON PARA LOS MÚSCULOS FACIALES.

EN UN ARTÍCULO PUBLICADO POR WILSON, ACONSEJA UN EJERCICIO QUE MANTENDRÁ EN REPOSO LOS MÚSCULOS YA DESARROLLADOS Y ESTIMULARÁ EL DESARROLLO DE LOS MÚSCULOS ATROFIADOS TOTAL O PARCIALMENTE.

LAS INDICACIONES PARA EL PACIENTE SERÁN LAS SIGUIENTES:

A) PRIMERO SE LE INDICARÁ QUE LLEVE LOS MOLARES DEL MAXILAR Y DE LA MANDÍBULA A LA POSICIÓN DE OCLUSIÓN Y QUE LOS MANTENGA EN ELLA.

B) DEBERÁ CONTRAER TODOS LOS MÚSCULOS DE UN CA--

RRILLO, CON LO QUE EL ÁNGULO DE LA BOCA SE --
CONTRAE EN LÍNEA RECTA Y HACIA ATRÁS.

C) CONSERVANDO ÉSTA POSICIÓN, DEBERÁ EMPUJAR ---
(CON LA MANO SI ES NECESARIO) TODOS LOS MÚSCU
LOS DEL LADO OPUESTO DE LA CARA HACIA EL LADO
QUE YA SE HA CONTRAIDO.

D) MIENTRAS SE CONSERVAN TENSOS ESTOS MÚSCULOS,-
SE LES INDICARÁ QUE ASPIRE PROFUNDAMENTE EL -
AIRE Y QUE LO DEJE ESCAPAR LENTAMENTE.

E) SE REPETIRÁN LOS MISMOS MOVIMIENTOS EN EL LA-
DO OPUESTO. CUANDO SE LLEGA A HACER DE DIEZ A
CIEN VECES ESTE EJERCICIO, SEGÚN LAS CONDICIO
NES FÍSICAS Y CAPACIDAD DEL PACIENTE, FORTALE
CE EL ORBICULAR DE LOS LABIOS Y LOS MÚSCULOS
ASOCIADOS DE LA BOCA Y LOS CARRILLOS.

4.- EJERCICIO DE LA LENGUA.

ES UN TANTO DIFÍCIL EL CORREGIR LOS HÁBITOS VI--
CIOSOS DE LA LENGUA, Y ES PRECISAMENTE ESTE TIPO DE HÁBITO
EL CAUSANTE DE LAS MALOCLUSIONES DE MORDIDA ABIERTA.

LLOYD S. LOURIE IDEÓ EL SIGUIENTE EJERCICIO. SE

COLOCA EN EL PALADAR UN PEQUEÑO PEDAZO DE CAMELO, SE COLOCA EXACTAMENTE DETRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, DONDE ES SOSTENIDO POR LA PUNTA DE LA LENGUA. SE ENSEÑA CUIDADOSAMENTE ESTA POSICIÓN AL PACIENTE, Y CUANDO SE REALIZA CADA ACTO DE DEGLUCIÓN, LA PUNTA DE LA LENGUA SE MANTIENE EN LA POSICIÓN INICIAL.

5.- EJERCICIO PARA LA SUCCIÓN LABIAL.

ESTE TIPO DE EJERCICIO, ES MUY RECOMENDABLE PARA EL PROBLEMA DE SUCCIÓN LABIAL. EL EJERCICIO CONSISTIRÁ EN LA EXTENSIÓN DEL LABIO SUPERIOR SOBRE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y SOBREPONER CON FUERZA EL LABIO INFERIOR. EL TOCAR INSTRUMENTOS MUSICALES BUCALES ES DE MUCHA AYUDA PARA LOGRAR ENDEREZAR LOS MÚSCULOS LABIALES Y A EJERCER PRESIÓN EN LA DIRECCIÓN ACERTADA SOBRE LAS PIEZAS ANTERIORES SUPERIORES.

6.- EJERCICIO PASIVO DE STRAG PARA LA DEGLUCIÓN.

ESTE EJERCICIO SIRVE PARA EJERCITAR A LOS MÚSCULOS QUE ACTÚAN EN LA DEGLUCIÓN, A FIN DE QUE FUNCIONEN UNIFORMEMENTE Y SIN CONTRACCIONES PERVERTIDAS, ESPECIALMENTE EN LO QUE SE REFIERE A LA CONTRACCIÓN EXAGERADA DURANTE LA SUCCIÓN Y AL ESPASMO DE LA LENGUA.

LA MANERA DE LLEVARSE A CABO EL EJERCICIO ES LA SIGUIENTE:

- A) SE TENDRÁ A LA MANO UN ESPEJO (DE TOCADOR), Y UN VASO CON AGUA.
- B) EN SEGUIDA SE PROCEDE A TOMAR UN PEQUEÑO SORBO DE AGUA, LA SUFICIENTE COMO PARA HUMEDECER LA BOCA.
- C) SE OBSERVARÁ CUIDADOSAMENTE LA BOCA EN EL ESPEJO.
- D) SIN DEJAR DE OBSERVARSE, SE JUNTARÁN LOS DIENTES Y SE MANTENDRÁN EN ESTA POSICIÓN DURANTE TODO EL EJERCICIO.
- E) EN SEGUIDA SE CIERRAN SUAVEMENTE LOS LABIOS Y SE TRAGARÁ EL AGUA, RECORDANDO TRES COSAS: -- MANTENER UNIDOS LOS LABIOS, MANTENER LOS LABIOS ABSOLUTAMENTE INMÓVILES Y FINALMENTE MANTENER LA LENGUA EN LA BOCA SIN QUE HAGA PRESIÓN CONTRA LOS DIENTES ANTERIORES.
- F) SE REPETIRÁ LENTAMENTE LA DEGLUCIÓN, TOMANDO UN SORBO DE AGUA CADA VEZ QUE SE DIFICULTE HACERLO.

g) LA DURACIÓN DEL EJERCICIO SERÁ DE DOS MINUTOS Y CUANDO MENOS SE PRACTICARÁ TRES VECES AL -- DÍA. DESPUÉS DE PASADO UNA SEMANA, SE AUMENTA RÁ LA DURACIÓN DEL EJERCICIO A TRES MINUTOS. ESTE EJERCICIO SEGÚN STRAG, ES UNA DE LAS MÁS ÚTILES E IMPORTANTES Y SI EL PACIENTE LO DOMI NA Y RECURRE A ÉL EN FORMA RUTINARIA, ELIMINA RÁ ASI UNA DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA MALOCLUSIÓN, ASÍ COMO LA CAUSA PRINCIPAL DE - QUE EN MUCHOS CASOS REAPAREZCA LA ANORMALIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO.

7.- EJERCICIO TÓNICO GENERAL.

EL PROPÓSITO DE ÉSTE EJERCICIO, ES EL DE PROMOVER UN FLUJO MAS COPIOSO DE SANGRE A LOS TEJIDOS QUE RODEAN A LOS DIENTES, AUNQUE TAMBIÉN ES VALIOSO PARA TODOS LOS MÚSCU LOS DE LA CARA.

EL EJERCICIO CONSISTE EN TOMAR UN SORBO DE AGUA TIBIA, EN LA QUE SE HAYA DISUELTO BICARBONATO DE SODIO O - SAL, SE MANTENDRAN LOS DIENTES FIRMEMENTE EN OCLUSIÓN Y SE HARÁ PASAR AGUA POR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES Y REGRE-- SARLA AL ESPACIO LINGUAL. SE REPETIRÁ EL EJERCICIO HASTA - QUE LOS MÚSCULOS MUESTREN UNA LIGERA FATIGA. ESTA RUTINA - DEBERÁ REPETIRSE DE CINCO A SEIS VECES POR LA MAÑANA Y POR LA NOCHE.

2.- MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO INTRABUCALES.

LA MAYOR PARTE DE LOS INSTRUMENTOS O APARATOS -- QUE ELABORA EL ODONTÓLOGO PARA SU COLOCACIÓN EN LA BOCA / -- DEL NIÑO, SON CONSIDERADOS POR LOS MISMOS COMO UN ELEMENTO DE CASTIGO. ASÍ MISMO AL TENER EN ESTE CONCEPTO POR PARTE DEL NIÑO AL TRATAMIENTO, PUEDE PROVOCAR SERIOS TRANSTORNOS EMOCIONALES; QUE ECONÓMICAMENTE RESULTARÁN MAS COSTOSOS PA RA SU TRATAMIENTO QUE EL MISMO HÁBITO.

GENERALMENTE EN LOS NIÑOS QUE SE USA APARATOS PA RA SUPRIMIR EL HÁBITO, SE FORMA UNA ESPECIE DE COMPLEJO DE CULPABILIDAD ASOCIADO CON EL HÁBITO MISMO, PERO PROVOCAR -- TAMBIÉN UN CAMBIO EN EL CARÁCTER DEL NIÑO.

LO ANTES EXPUESTO ES MUY CLARO PARA COMPRENDER -- QUE NO BASTA EL HECHO DE INTRODUCIR APARATOS EN LA BOCA DEL NIÑO, SIN TENER EN CUENTA LOS RIESGOS Y ALGUNOS ASPECTOS -- IMPORTANTES QUE EL ODONTÓLOGO MÁ S QUE NADIE, DEBE SABER Y SER CONSCIENTE DE LOS MISMOS.

1.- APARATOS PARA ELIMINAR LOS HÁBITOS.

NO TODOS LOS HÁBITOS ANORMALES RELACIONADOS CON LOS DE DEDOS Y LA MUSCULATURA BUCAL EXIGEN LA INTERVENCIÓN DE UN APARATO, NO TODOS LOS HÁBITOS CAUSAN DAÑO. ESTOS CA-

SOS DEBERÁN OBSERVARSE PERIÓDICAMENTE Y NO SE DEBE INTERVENIR DIRECTAMENTE; EN OCASIONES UNA DISCUSIÓN FRANCA DEL PROBLEMA CON EL NIÑO PODRÁ AL MENOS ELIMINAR EL HÁBITO DE CHUPARSE LOS DEDOS, Y LOS OTROS ELEMENTOS PODRÁN SER SUPERADOS POR UNA ACTIVIDAD FISIOLÓGICA MÁS MADURA.

PERO EN OTRAS OCASIONES LA DISCUSIÓN Y POSIBLE COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA PARTE DEL NIÑO NO SE PUEDE DAR, PORQUE SU EDAD NO SE LO PERMITE O PORQUE SIMPLEMENTE NO ACCEDA A HACERLO. SIN EMBARGO TENIENDO EN CUENTA LO POCO RECOMENDABLE QUE SON LOS APARATOS PARA CORREGIR LOS HÁBITOS, POR SUS DIVERSOS EFECTOS TANTO EMOCIONALES COMO AFECTIVOS EN EL NIÑO, CON FRECUENCIA RESULTA UN BUEN PROCEDIMIENTO INTERCEPTIVO EL COLOCAR UN APARATO DISEÑADO PARA REDUCIR Y ELIMINAR LA ACTIVIDAD DEFORMANTE, SIEMPRE Y CUANDO TANTO LOS PADRES Y PRINCIPALMENTE EL NIÑO ENTIENDA LA NECESIDAD DE HACERLO Y ESTÉ DE ACUERDO EN USAR EL TIEMPO NECESARIO EL APARATO.

EL TIEMPO ÓPTIMO PARA LA COLOCACIÓN DE LOS APARATOS, ES ENTRE LOS TRES Y MEDIO A CUATRO AÑOS, PREFERENTEMENTE DURANTE LA PRIMAVERA O EL VERANO, QUE ES CUANDO LA SALUD DEL NIÑO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES INMEJORABLES, Y LOS DESEOS DE CHUPAR PUEDEN SER SUBLIMADOS POR LOS JUEGOS AL AIRE LIBRE Y LAS ACTIVIDADES SOCIALES.

HAY VARIOS TIPOS DE INSTRUMENTOS PARA INTERCER--
TAR LOS HÁBITOS BUCALES Y PUEDEN SER CONSTRUÍDOS POR EL --
ODONTÓLOGO. SU CLASIFICACIÓN SE MANEJA EN INSTRUMENTOS FI--
JOS Y REMOVIBLES. CUANDO EL NIÑO MUESTRA DESEOS DE SER AYU--
DADO, EL ODONTÓLOGO TIENE QUE ELEGIR EL TIPO MÁS APROPIADO
DE INSTRUMENTO, TOMANDO EN CUENTA LA EDAD DEL NIÑO, SU DEN--
TADURA Y SU HÁBITO BUCAL. EN LOS NIÑOS DE MENOS DE SEIS --
AÑOS DE EDAD, EN LOS CUALES SÓLO ESTÁN PRESENTES LAS PIE--
ZAS PRIMARIAS, LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES PUEDEN SER ACEP--
TADOS A CAUSA DE LA INMADUREZ DEL NIÑO.

EN LA EDAD DE LA DENTADURA MIXTA, ENGRAPAR PIE--
ZAS PERMANENTES EN PROCESO DE ERUPCIÓN PUEDE SER RAZÓN CON--
TRARIA A LOS INSTRUMENTOS REMOVIBLES. SIN EMBARGO EL INS--
TRUMENTO FIJO PUEDE CAUSAR LA SENSACIÓN EN EL NIÑO DE ES--
TAR SIENDO CASTIGADO, MIENTRAS QUE UN INSTRUMENTO REMOVI--
BLE PUEDE PERMITIRLE LA LIBERTAD DE LLEVAR EL INSTRUMENTO,
SOLO EN PERÍODOS CRÍTICOS COMO LA NOCHE.

ES CLARO QUE LOS INSTRUMENTOS DE TIPO REMOVIBLE
SON MÁS FÁCIL DE ELABORARSE Y AJUSTARSE PARA EL ODONTÓLOGO
QUE LOS DE TIPO FIJO. PERO LA MAYOR DESVENTAJA DE LOS REMO--
VIBLES ES QUE EL NIÑO LO USARÁ CUANDO ÉL QUIERA.

2.- CONSTRUCCIÓN DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DEL HÁBITO DE SUCCIONAR EL PULGAR.

LA PRESCRIPCIÓN ORTODÓNTICA PARA LA REEDUCACIÓN DE LOS HÁBITOS ADOPTA DIVERSAS FORMAS. UNA DE LAS MÁS EFICACES ES UNA CRIBA FIJA, Y SU ELABORACIÓN ES LA SIGUIENTE:

SE TOMA UNA IMPRESIÓN EN ALGINATO EN LA PRIMERA VISITA Y SE VACÍAN MOLDES DE YESO DE LA MISMA. SI LOS CONTACTOS PROXIMALES SON ESTRECHOS EN LA ZONA DEL SEGUNDO MOLAR DESIDUO SUPERIOR, SE RECOMIENDA COLOCAR LOS ALAMBRES DE BRONCE, SEPARADORES EN ESTA VISITA. LOS SEGUNDOS MOLARES DESIDUOS SUPERIORES, CONSTITUYEN BUENOS DIENTES DE SOPORTE. LAS CORONAS METÁLICAS COMPLETAS (EN DIVERSOS TAMAÑOS) SON PREFERIBLES A LAS BANDAS DE ORTODONCIA TRADICIONALES.

LA PORCIÓN MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE SI EXISTE, Y LA PORCIÓN DISTAL DEL PRIMER MOLAR DESIDUO SE RECORTAN SOBRE EL MODELO, IMPIDIENDO EL CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR DESIDUO, UN MILÍMETRO O DOS ES MÁS QUE SUFICIENTE.

EL MARGEN GINGIVAL DEL SEGUNDO MOLAR DESIDUO ES CORTADO, SIGUIENDO EL CONTORNO DE LOS DIENTES HASTA UNA PROXIMIDAD DE DOS O TRES MILÍMETROS SOBRE LA SUPERFICIE VESTIBULAR, LINGUAL Y PROXIMAL. SE SELECCIONA UNA CORONA DE --

ACERO INOXIDABLE DE TAMAÑO ADECUADO, LA CUÁL SE CONTORNEARÁ SI ES NECESARIO, SE AJUSTARÁ TAMBIÉN A NIVEL GINGIVAL Y SOBRE EL LABRADO EN EL MODELO.

EL ERROR MÁS COMÚN ES RECORTAR LAS PORCIONES --- PROXIMALES DE LA CORONA DEMASIADO, REDUCIENDO ASÍ LA DIMENSIÓN GINGIVO OCLUSAL. A CONTINUACIÓN SE CORTA UNA RANURA EN LA CORONA, A NIVEL DE LA SUPERFICIE MESIOBUCAL O DISTOBUCAL Y SE LLEVA A SU LUGAR.

EL APARATO PALATINO SE FABRICA CON ALAMBRE DE -- ACERO INOXIDABLE O DE NIQUEL Y CROMO DE CALIBRE 0.040 .-- EL ALAMBRE DE BASE EN FORMA DE "U", SE ADAPTA PASÁNDOLO MESIALMENTE A NIVEL DEL MARGEN GINGIVAL, DESDE EL SEGUNDO MOLAR DESIDUO HASTA EL NICHU ENTRE LOS PRIMEROS MOLARES DESIDUOS Y CANINOS PRIMARIOS. EN ESTE PUNTO SE HACE UN DOBLEZ AGUDO PARA LLEVAR EL ALAMBRE EN DIRECCIÓN RECTA HASTA EL NICHU ENTRE EL MOLAR DESIDUO Y EL CANINO PRIMARIO OPUESTO, MANTENIENDO EL MISMO NIVEL GINGIVAL. ES IMPORTANTE NO SEGUIR EL CONTORNO DEL PALADAR SI SE HA DE REDUCIR LA SUCCIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LA SENSACIÓN NEUROMUSCULAR. EN EL NICHU DEL PRIMER MOLAR DESIDUO Y CANINO OPUESTO, SE DOBLA EL ALAMBRE HACIA ATRÁS A LO LARGO DEL MARGEN HASTA LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR DESIDUO, EL ALAMBRE BASE DEBERÁ AJUSTARSE PASIVAMENTE AL COLOCARSE EN EL MODELO.

EL APARATO CENTRAL CONSTA DE ESPOLONES Y UN ASA DE ALAMBRE DEL MISMO CALIBRE. EL ASA SE EXTIENDE HACIA --- ATRÁS Y HACIA ARRIBA EN UN ÁNGULO DE CUARENTA Y CINCO GRADOS APROXIMADAMENTE RESPECTO AL PLANO OCLUSAL. EL ASA NO DEBERÁ PROYECTARSE HACIA ATRÁS MÁS ALLÁ DE LA LÍNEA TRAZADA QUE UNE LAS SUPERFICIES DISTALES DE LOS SEGUNDOS MOLARES DESIDUOS.

LAS DOS PATAS DE ÉSTA ASA CENTRAL SE CONTINUAN --- MÁS ALLÁ DE LA MISMA BARRA, Y SE DOBLAN HACIA EL PALADAR --- DE TAL FORMA QUE HAGAN CONTACTO CON ÉL LIGERAMENTE. CON --- PASTA DE SOLDAR A BASE DE FLUOR Y SOLDADURA DE PLATA, SE SUELDA EL ASA A LA BARRA PRINCIPAL. UNA TERCERA PROYECCIÓN ANTERIOR EN LA MISMA CURVATURA HACIA EL PALADAR, SE SUELDA ENTRE LAS DOS PROYECCIONES ANTERIORES DEL ASA CENTRAL. LA BARRA PRINCIPAL Y EL APARATO SOLDADO, SON EN SEGUIDA A LAS CORONAS COLOCADAS A LOS SEGUNDOS MOLARES DESIDUOS.

SE PREFIERE COLOCAR UN EXCESO DE SOLDADURA EN ESTAS UNIONES. UNA VEZ LIMPIO Y SOLDADO EL APARATO ESTÁ LISTO PARA LA INSERCIÓN.

YA EN LA SEGUNDA VISITA DEL PACIENTE, EL APARATO SE RETIRA DEL MODELO Y SE REDUCE DELIBERADAMENTE LA CIRCUNFERENCIA GINGIVAL, CERRANDO LA CORONA A NIVEL DEL CORTE --- VESTIBULAR. SE COLOCARÁ EL APARATO SOBRE LOS SEGUNDOS MOLARES

RES DESIDUOS Y SE PIDE AL PACIENTE QUE OCLUYA FIRMEMENTE.- LAS CORONAS SE ABRIRAN AUTOMÁTICAMENTE HASTA OBTENER LA -- CIRCUNFERENCIA DESEADA, POSTERIORMENTE PODRÁN SER SOLDADAS A LO LARGO DE LA HENDIDURA VESTIBULAR QUE SE HA HECHO. TODO EL MARGEN DE LA CORONA DEBERÁ AJUSTAR PERFECTAMENTE Y -- ENCONTRARSE DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL, PERO SIN QUE MUTI- LE LA ENCÍA O PRODUZCA MOLESTIAS AL PACIENTE.

DEBERÁ PROCURARSE QUE LOS INCISIVOS INFERIORES - NO OCLUYAN CONTRA LAS PROYECCIONES ANTERIORES DEL APARATO CENTRAL, SI EXISTE CONTACTO ÉSTOS ESPOLONES DEBERÁN SER RE CORTADOS Y DOBLADOS HACIA EL PALADAR. LOS DIENTES DE SOPOR TE SE AISLAN, SE LIMPIAN Y SE SECAN, EL APARATO SE SECA -- PERFECTAMENTE Y SE FIJA CON CEMENTO, PIDIENDO AL NIÑO QUE LLEVE EL APARATO A SU LUGAR DE MORDIDA. DESPUÉS DE LIMPIAR EL CEMENTO SOBRANTE SE OBSERVARÁ QUE LAS CORONAS ABRIRÁN - UN POCO LA OCLUSIÓN Y CONSTITUIRÁN LOS ÚNICOS CONTACTOS SU PERIORES DE LOS DIENTES INFERIORES. ÉSTO NO DEBERÁ SER MO TIVO DE PREOCUPACIÓN, YA QUE LOS DIENTES SUPERIORES RESTAN TES HARÁN ERUPCIÓN EN POCO TIEMPO Y SE PONDRÁN EN CONTACTO CON LOS DIENTES ANTAGONISTAS INFERIORES.

COMO YA SE MENCIONÓ ES IMPORTANTE EL DECIRLE AL NIÑO QUE EL APARATO SOLO ES PARA ENDEREZAR SUS DIENTES, Y EN NINGÚN MOMENTO SE MENCIONARÁ QUE SE INTENTA HACER DESA PARECER EL HÁBITO. A LOS PADRES Y HERMANOS SE LES INFORMA LO MISMO.

SI LLEGARA A EXISTIR TENDENCIA A UNA MORDIDA CRUZADA LINGUAL EN LA ZONA DE LOS MOLARES DECÍDUOS, PUEDE --- AGRANDARSE LA BARRA CENTRAL ANTES DE CEMENTAR EL APARATO.

FINALMENTE SE LE EXPLICARÁ AL NIÑO QUE TARDARÁ UNOS DÍAS EN ACOSTUMBRARSE AL APARATO, QUE TENDRÁ UN POCO DE DIFICULTAD PARA LIMPIAR SUS DIENTES, QUE DEBERÁ HABLAR CON CUIDADO Y LENTAMENTE DEBIDO A LA BARRA QUE SE ENCUENTRA EN SU BOCA. IGUALMENTE AL PADRE SE LE INFORMARÁ QUE SERÁ Poca LA MOLESTIA Y QUE EL IMPEDIMENTO DEL HABLA RESIDUAL DURARÁ AL MENOS UNA SEMANA. CIERTAMENTE LOS PROBLEMAS DEL HABLA PODRÁN PERSISTIR DURANTE TODO EL TRATAMIENTO, LA DIETA DEBERÁ SER BLANDA DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS. ALGUNOS NIÑOS SALIVARÁN EXCESIVAMENTE, OTROS SE QUEJARÁN DE QUE SE LES DIFICULTA DEGLUTIR. DESPUÉS DE UN PERÍODO DE AJUSTE DE DOS O TRES DÍAS, LA MAYOR PARTE DE LOS NIÑOS CASI NO ESTÁN CONSCIENTES DEL APARATO. DEBERÁN HACERSE VISITAS PARA SU REVISIÓN EN INTERVALOS DE TRES A CUATRO SEMANAS.

EL APARATO PARA EL HÁBITO SE LLEVA O SE USA DE CUATRO A SEIS MESES EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS. UN PERÍODO DE TRES MESES EN QUE DESAPARECE COMPLETAMENTE EL HÁBITO DEL DEDO, ES UN BUEN SEGURO EN CONTRA DE LA RESIDIBA. DESPUÉS DE ÉSTE INTERVALO DE TRES MESES SE RETIRAN PRIMERO LOS ESPOLONES, TRES SEMANAS DESPUÉS, SI NO HAY PROBLEMAS DE RECURRENCIA, SE RETIRA LA EXTENSIÓN POSTERIOR; TRES SE-

MANAS DESPUÉS PUEDEN RETIRARSE LA BARRA PALATINA RESTANTE Y LAS CORONAS. SI EXISTE TENDENCIA A LA RESIDIBA, ES CONVENIENTE DEJAR COLOCADO UN APARATO PARCIAL MÁS TIEMPO. POR ÚLTIMO LA RECOMENDACIÓN FINAL ES LA DE NO COLOCAR ESPOLONES AFILADOS. LA ESTRUCTURA DE ESTE APARATO ESTÁ DISEÑADA PARA EVITAR LA DEFORMACIÓN DEL SEGMENTO PREMAXILAR, PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO DE LA DEGLUCIÓN VISCERAL Y DE LA POSTURA LINGUAL MADURA Y SU FUNCIONAMIENTO, PARA PERMITIR LA CORRECCIÓN AUTÓNOMA DE LA MALOCLUSIÓN PRODUCIDA POR EL HÁBITO.

LOS APARATOS MAL DISEÑADOS, QUE POSEEN ESPOLONES QUE SIGUEN EL CONTORNO DEL PALADAR, PUEDEN EN REALIDAD ACENTUAR LA MALOCLUSIÓN.

3.- CONSTRUCCIÓN DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PROYECCIÓN LINGUAL.

GENERALMENTE ESTE HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL SUELE PRESENTARSE SIN LA COMBINACIÓN CON EL HÁBITO DEL DEDO. ES IMPRESIONANTE LA CANTIDAD DE VECES DIARIAS QUE LA LENGUA SE PROYECTA HACIA ADELANTE (DE 500 A 1000 VECES), PROVOCANDO CON ESTO LA ACENTUACIÓN DE LA MORDIDA ABIERTA O LA PROTRUSIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

ESTE APARATO PARA LA PROYECCIÓN LINGUAL, ES UNA

VARIANTE DEL APARATO DESCRITO ANTERIORMENTE Y TIENDE A DESPLAZAR LA LENGUA HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS DURANTE LA DEGLUCIÓN. CUANDO LOS ESPOLONES SON DOBLADOS HACIA ABAJO, PARA QUE FORMEN UNA ESPECIE DE CERCA, ATRÁS DE LOS INCISIVOS INFERIORES DURANTE EL CONTACTO OCLUSAL TOTAL DE LOS DIEN--TES POSTERIORES, OBTENEMOS UNA BARRA MÁS EFICAZ CONTRA LA PROYECCIÓN LINGUAL.

COMO EL ANÁLISIS DEL HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL REVELA QUE LA LENGUA HABITUALMENTE SE LLEVA A UNA POSICIÓN BAJA Y NO TIENDE A APROXIMARSE AL PALADAR, COMO LO HARÍA - EN CONDICIONES NORMALES, UN APARATO PARA EL HÁBITO DE PROYECCIÓN LINGUAL DEBERÁ INTENTAR HACER AMBAS COSAS:

- A) ELIMINAR LA PROYECCIÓN ANTERIOR Y QUE SU EFECTO SEA A MANERA DE ÉBOLO DURANTE LA DEGLUCIÓN.

- B) MODIFICAR LA POSTURA LINGUAL DE TAL FORMA QUE EL DORSO DE LA MISMA, SE APROXIME A LA BÓVEDA PALATINA Y LA PUNTA DE LA LENGUA HAGA CONTACTO CON LAS ARRUGAS PALATINAS DURANTE LA DEGLUCIÓN Y NO SE INTRODUZCA A TRAVÉS DEL ESPACIO INCISAL.

AL DESPLAZAR LA LENGUA HACIA ATRÁS DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA DENTICIÓN, ÉSTA SE EXPANDE HACIA LOS LADOS,-

CON LAS PORCIONES PERIFÉRICAS ENCIMA DE LAS SUPERFICIES --
OCCLUSALES DE LOS DIENTES POSTERIORES. ESTO CONSERVA LA DIS-
TANCIA INTEROCCLUSAL O LA AUMENTA CUANDO ES DEFICIENTE; DE
ESTA MANERA, SE EVITA LA SOBREERUPCIÓN Y EL ESTRECHAMIENTO
DE LOS SEGMENTOS BUCALES SUPERIORES.

EL ACTO DE DEGLUCIÓN MADURO ES ESTIMULADO POR ES-
TE TIPO DE APARATO, MIENTRAS QUE LA LENGUA SE ADAPTA A SU
NUEVA FUNCIÓN Y POSICIÓN. PARA REALIZAR ESTOS PROPÓSITOS, --
CUANDO EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO NO CONSTITUYE UN FAC-
TOR, ES MEJOR ELIMINAR LA BARRA PALATINA CRUZADA Y LA EX- --
TENSION POSTERIOR A MANERA DE ASA DEL APARATO LINGUAL Y MO-
DIFICAR EL DISEÑO DE LA CRIBA RESTRICTIVA.

LOS SOPORTES DEL APARATO, INTERVIENEN LOS SEGUN-
DOS MOLARES DESIDUOS. SI EXISTEN LOS PRIMEROS MOLARES PER-
MANENTES Y HAN HECHO SUFICIENTE ERUPCIÓN, SON PREFERIBLES.
EL PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR ESTE APARATO ES EL SIGUIEN-
TE:

SE TOMAN UNA BUENAS IMPRESIONES DE ALGINATO DE --
AMBAS ARCADAS DENTARIAS (MUY APARTE DE LAS QUE SE HICIERON
PARA LOS MODELOS DE ESTUDIO), Y SE PROCEDE A CORRERLAS EN -
YESO. SE RECOMIENDA MONTAR LOS MODELOS DE TRABAJO SOBRE UN AR-
TICULADOR DE BISAGRA O ANATÓMICO. LOS MOLARES QUE HARAN DE
SOPORTE (PRIMEROS MOLARES PERMANENTES O SEGUNDOS DESIDUOS),

SE RECORTARÁN EN LA FORMA YA MENCIONADA PARA EL APARATO INTERCEPTIVO DEL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO.

SE SELECCIONARÁN CORONAS DE METAL DE UN TAMAÑO ADECUADO Y SE CONTORNEA LA PORCIÓN GINGIVAL PARA AJUSTARSE A LA PERIFERIA DESGASTADA DE LOS MOLARES DE SOPORTE, TAMBIÉN SE HARÁ EL MISMO CORTE EN LA PARTE VESTIBULAR DE LA CORONA. LA BARRA LINGUAL EN FORMA DE "U", DE ALEACIÓN DE NIQUEL Y CROMO O DE ACERO INOXIDABLE, DE 0.040 PULGADA, SE EMPIEZA A ADAPTAR 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 LOS SEGUNDOS Y PRIMEROS MOLARES DESIDUOS. DESPUÉS SE COLOCAN EN OCLUSIÓN LOS MODELOS Y SE TRAZA UNA LÍNEA CON LÁPIZ SOBRE EL MODELO SUPERIOR 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 LA PARTE LINGUAL DE ESTA LÍNEA, Y SE LLEVA HASTA EL CANINO DEL LADO OPUESTO.

A CONTINUACIÓN, SE DOBLA LA BARRA Y SE LLEVA HASTA ATRÁS A LO LARGO DEL MARGEN, HACIENDO CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES DE

SIDUOS Y DE LA CORONA METÁLICA COLOCADA SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE.

CUANDO EL APARATO ESTÁ SIENDO COLOCADO PARA CORRIGIR UNA MORDIDA ABIERTA, LA OCLUSIÓN NO NOS CONCIERNE EN ESE MOMENTO. POSTERIORMENTE, AL REDUCIRSE LA MORDIDA ABIERTA, EL ODONTÓLOGO DEBERÁ ASEGURARSE DE QUE LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA BARRA Y SU CRIBA NO INTERFIEREN EN LA INCISIÓN. ESTE ES EL MOTIVO POR EL QUE SE CONSTRUYE LA BARRA BASE EN SENTIDO LINGUAL, RESPECTO AL MARGEN INCISAL INFERIOR.

UNA VEZ QUE SE HAYA FABRICADO CUIDADOSAMENTE LA BARRA BASE Y ÉSTA HAYA ASUMIDO LA POSICIÓN PASIVA DESEADA SOBRE EL MODELO SUPERIOR, PUEDE FORMARSE LA CRIBA (SE UTILIZA EL MISMO CALIBRE DE ALAMBRE QUE PARA LA BARRA BASE). UN EXTREMO SERÁ SOLDADO A LA BARRA BASE EN LA ZONA DEL CÁNINO, UTILIZANDO LA PINZA NÚMERO 139 O SIMILAR, SE HACEN TRES O CUATRO PROYECCIONES EN FORMA DE "V", DE TAL MANERA QUE SE EXTIENDAN HACIA ABAJO HASTA UN PUNTO JUSTAMENTE ATRÁS DE LOS CÍNGULOS DE LOS INCISIVOS INFERIORES, CUANDO LOS MODELOS SE PONGAN EN OCLUSIÓN. NO DEBERÁ HABER CONTACTO QUE PUDIERA INTERFERIR EN LA ERUPCIÓN DE ÉSTOS DIENTES.

UNA VEZ QUE CADA PROYECCIÓN EN FORMA DE "V" HAYA SIDO CUIDADOSAMENTE FORMADA, DE TAL MANERA QUE LOS BRAZOS

DE LAS PROYECCIONES SE ENCUENTREN APROXIMADAMENTE A NIVEL DEL ALAMBRE BASE, SE LES COLOCA BASTANTE PASTA PARA SOLDAR A BASE DE FLÚOR Y SE SUELDAN AL ALAMBRE BASE CON SUFICIENTE SOLDADURA DE PLATA. EL ALAMBRE BASE MISMO SE COLOCA CUIDADOSAMENTE SOBRE EL MODELO Y SE SUELDA A LAS CORONAS METÁLICAS. DESPUÉS DE LIMPIAR Y PULIR, ESTÁ LISTO EL APARATO PARA PROBARLO EN LA BOCA DEL PACIENTE Y ESTABLECER ASÍ LA CIRCUNFERENCIA PERIFÉRICA CORRECTA PARA LAS CORONAS DE SOPORTE.

SI EXISTE UN ESTRECHAMIENTO BILATERAL ANTEROPOSTERIOR PUEDE LIMPIARSE EL ALAMBRE LINGUAL. EL CORTE VESTIBULAR SE SUELDA Y EL APARATO SE ENCUENTRA LISTO PARA SER CEMENTADO.

AL IGUAL QUE CON EL APARATO PARA EL HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO, LA MORDIDA ABIERTA AUMENTA POR LA INTERPOSICIÓN DE LAS CORONAS EN LA ZONA DEL PRIMER MOLAR. ESTE PROBLEMA LOCALIZADO SE ELIMINA EN UNA SEMANA, EL PACIENTE YA NO PODRÁ PROYECTARSE LA LENGUA A TRAVÉS DEL ESPACIO INCISAL. EL DORSO ES PROYECTADO CONTRA EL PALADAR, Y LA PUNTA DE LA LENGUA PRONTO DESCUBRE QUE LA POSICIÓN MÁS COMODA DURANTE LA DEGLUCIÓN ES CONTRA LAS ARRUGAS PALATINAS. DEPENDIENDO DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA DE MORDIDA ABIERTA, PUEDEN SER NECESARIOS DE CUATRO A NUEVE MESES PARA LA CORRECCIÓN AUTÓNOMA DE LA MALOCLUSIÓN. NO TODOS LOS APARATOS TIENEN ÉXITO POR SÍ SOLOS, EN MUCHOS CASOS ES INDISPENSA--

BLE EMPLEAR PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS TOTALES. SI EL --
ODONTÓLOGO HA PROCEDIDO CON CUIDADO EN LA ELECCIÓN DEL CA-
SO Y HA ESTUDIADO EL PROBLEMA, PARA ASEGURARSE DE QUE ESTÁ
TRATANDO PRIMORDIALMENTE, CON UN HÁBITO DE PROYECCIÓN DE -
LENGUA Y NO UNA MALOCLUSIÓN TOTAL Y BASAL, Y SI COLOCA EL
APARATO OPORTUNAMENTE PARA QUE LOS DIENTES HAGAN ERUPCIÓN
Y SE DEPOSITE HUESO ALVEOLAR. CON FRECUENCIA ES NECESARIO
COLOCAR UN REFUERZO EXTRABUCAL, ESTA SITUACIÓN PUEDE SER -
SOLUCIONADA COLOCANDO TUBOS VESTIBULARES HORIZONTALES SO--
BRE LAS CORONAS. POSTERIORMENTE SI ESTÁ INDICADO, PUEDE EM
PLEARSE UN ARCO DE ALAMBRE O UN ARCO LABIAL.

LA EDAD PARA LA COLOCACIÓN DE ESTE TIPO DE APARA
TOS ES ENTRE LOS CINCO Y LOS DIEZ AÑOS DE EDAD. SI SE COLO
CA DESPUÉS DE ESTA EDAD, ES POSIBLE QUE SE REQUIERAN LOS -
SERVICIOS DE UN ORTODONCISTA Y APARATOS ORTODÓNTICOS COM--
PLETOS. NO TODOS LOS HÁBITOS DE PROYECCIÓN DE LENGUA CAU--
SAN MALOCLUSIÓN EN LOS SEGMENTOS ANTERIORES, PUEDE EXISTIR
MORDIDA ABIERTA POSTERIOR.

4.- CONSTRUCCIÓN DEL APARATO PARA EL TRATAMIENTO DEL HÁBITO DE CHUPARSE Y MORDERSE LOS LABIOS.

AUNQUE MUCHOS CASOS DE PROYECCIÓN DE LA LENGUA -
PUEDEN DEBERSE A LA RETENCIÓN DEL INSTINTO DE CHUPAR Y DE-
GLUTIR DE MANERA INFANTIL, ESTO ES LA CAUSA DIRECTA EN LOS

HÁBITOS DE MORDERSE Y CHUPARSE LOS LABIOS.

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. RESULTA FÁCIL PARA EL NIÑO COLOCAR LOS LABIOS SOBRE LA CARA LINGUAL DE LOS INCISIVOS SUPERIORES. PARA PODER LOGRAR ÉSTO, SE VALE DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA, QUE EXTIENDE EL LABIO INFERIOR HACIA ARRIBA.

PARA OBSERVAR LA ACTIVIDAD NORMAL DEL MÚSCULO -- BORLA DE LA BARBA, SE OBSERVA LA CONTRACCIÓN Y EL ENDURECIMIENTO DEL MENTÓN DURANTE LA DEGLUCIÓN. LA PRÁCTICA DE ESTE HÁBITO PUEDE TAMBIÉN DEFORMAR LAS ARCADAS DENTARIAS, -- CUANDO EL HÁBITO SE HACE PERNICIOSO SE PRESENTA UN APLANAMIENTO MARCADO, ASÍ COMO APIÑAMIENTO EN EL SEGMENTO ANTERIOR INFERIOR. LOS INCISIVOS SUPERIORES SON DESPLAZADOS HACIA ARRIBA Y ADELANTE HASTA UNA RELACIÓN PROTRUSIVA. EN -- LOS CASOS GRAVES, EL LABIO MISMO MUESTRA LOS EFECTOS DEL -- HÁBITO. 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 EL LABIO INFERIOR PUEDEN SER NOTADOS FACILMENTE POR EL ODONTÓLOGO, AUN-

QUE EL PADRE NO ESTÉ CONSCIENTE DEL HÁBITO. TAMBIÉN ES FÁCIL EL OBSERVAR EL HÁBITO DE DEGLUCIÓN ANORMAL, ASÍ COMO LA HIPERACTIVIDAD DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA. TODO LO ANTERIOR NOS LLEVA A LA CONCLUSIÓN DE QUE LA PRUEBA FUNCIONAL ES TAN IMPORTANTE COMO LA RELACIÓN OCLUSAL HABITUAL.

DEBE TENERSE MUCHO CUIDADO EN ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTES DE INTENTAR DESTERRAR EL HÁBITO DEL LABIO. SI EXISTE MALOCCLUSIÓN DE CLASE II, O UN PROBLEMA DE SOBRE MORDIDA HORIZONTAL EXCESIVA, LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL LABIO PUEDE SER PURAMENTE COMPENSADORA O ADAPTIVA A LA MORFOLOGÍA DENTOALVEOLAR. EL QUERER CAMBIAR LA FUNCIÓN LABIAL SIN CAMBIAR LA POSICIÓN DENTARIA ES IR HACIA EL FRAUSO. LA MANERA DE PROCEDER EN PRIMERA INSTANCIA EN ESTOS CASOS, ES EL ESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSIÓN NORMAL, ÉSTO GENERALMENTE EXIGE LOS SERVICIOS DE UN ESPECIALISTA EN ORTODONCIA, PORQUE LA SIMPLE COLOCACIÓN DE UN APARATO PARA LABIO SERÍA TRATAR UN SÍNTOMA ÚNICAMENTE Y AYUDARÍA POCO A CORREGIR EL PROBLEMA PRINCIPAL.

CUANDO LA OCLUSIÓN POSTERIOR ES NORMAL O HA SIDO CORREGIDA POR TRATAMIENTO ORTODÓNTICO PREVIO Y AÚN PERSISTE UNA TENDENCIA A CHUPARSE EL LABIO, PUEDE SER NECESARIO APLICAR UN APARATO PARA LABIO. REALMENTE ES POCO FRECUENTE QUE SE COLOQUEN APARATOS PARA LABIO, PORQUE GENERALMENTE LA ACTIVIDAD LABIAL ANORMAL, CASI SIEMPRE ESTÁ LIGADA CON MALOCCLUSIONES DE CLASE II, Y PROBLEMAS DE MORDIDA ABIERTA,

LA ELIMINACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN RESTABLECE GENERALMENTE LA FUNCIÓN MUSCULAR NORMAL. EN EL CASO EN QUE EL HÁBITO ES PRIMORDIALMENTE UN TIC NEUROMUSCULAR, EL APARATO PARA EL HÁBITO DEL LABIO PUEDE SER EFICAZ. LAS MALAS RELACIONES MENORES DE LOS DIENTES INCISIVOS PUEDEN ELIMINARSE POR EL AJUSTE AUTÓNOMO, Y NO SE REQUIERE DEL USO DE APARATOS PARA MOVER LOS DIENTES.

ES REALMENTE INTERESANTE EL OBSERVAR COMO LA LENGUA ALÍNEA LOS INCISIVOS INFERIORES, MIENTRAS QUE EL APARATO PARA EL LABIO EVITA QUE LA ACTIVIDAD ANORMAL DEL MÚSCULO BORLA DE LA BARBA LOS DESPLACE HACIA LINGUAL.

EL PROCEDIMIENTO PARA LA FABRICACIÓN DEL APARATO PARA EL HÁBITO DEL LABIO ES EL SIGUIENTE: SE TOMAN IMPRESIONES DE ALGINATO; SUPERIOR E INFERIOR Y SE CORREN EN YESO. PARA MAYOR FACILIDAD EN SU MANEJO SE PUEDEN MONTAR EN UN ARTICULADOR DE BISAGRA O DE LÍNEA RECTA. SE PROCEDE A RECORTAR LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES INFERIORES O SEGUNDOS MOLARES DECIDUOS SEGÚN LA FORMA YA DESCRITA ANTERIORMENTE PARA EL APARATO DEL SUCCIONADOR DEL PULGAR. DEBEMOS DE ASEGURARNOS DE HACER EL CORTE LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDO EN SENTIDO GINGIVAL. SE HACEN CORONAS METÁLICAS COMPLETAS O SE COLOCAN BANDAS DE ORTODONCIA ADECUADAS SOBRE LOS DIENTES PILARES. SI ESTE APARATO VA A PERMANECER EN SU LUGAR UN TIEMPO CONSIDERABLE, LAS CORONAS COMPLETAS

DE METAL TIENEN MAYOR POSIBILIDAD DE RESISTIR LOS ESFUERZOS OCLUSALES.

A CONTINUACIÓN SE ADAPTA UN ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE O DE NÍQUEL Y CROMO DE 0.040 PULGADA, QUE CORRA EN SENTIDO ANTERIOR DESDE EL DIENTE DE SOPORTE, PASANDO POR LOS MOLARES DECIDUOS HASTA EL NICHOS ENTRE EL CANINO Y EL INCISIVO LATERAL. CUALQUIER ÁREA INTERPROXIMAL PUEDE SER SELECCIONADA PARA CRUZAR EL ALAMBRE DE BASE HASTA LA PORCIÓN LABIAL, DEPENDIENDO DEL ESPACIO EXISTENTE QUE SE DETERMINA POR EL ANÁLISIS DE MODELOS ARTICULADOS.

DESPUÉS DE CRUZAR EL ESPACIO INTERPROXIMAL, EL ALAMBRE DE BASE SE DOBLA HASTA EL NIVEL DEL MARGEN INCISAL LABIOLINGUAL QUE LLEVA HASTA EL NICHOS CORRESPONDIENTE DEL LADO OPUESTO, EL ALAMBRE ENTONCES ES LLEVADO A TRAVÉS DEL NICHOS Y HACIA ATRÁS, HACIA EL ADITAMENTO SOBRE EL DIENTE DE SOPORTE; HACIENDO CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS PREMOLARES.

SE DEBE VERIFICAR CUIDADOSAMENTE QUE LA PORCIÓN ANTERIOR DEL ALAMBRE (LABIAL), NO HAGA CONTACTO CON LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISIVOS SUPERIORES AL PONER EL MODELO SUPERIOR EN OCLUSIÓN. SI ESTO SUCEDE EL ALAMBRE DE BASE DEBE SER DOBLADO PARA TOMAR UNA POSICIÓN MÁS GINGIVAL. EL ALAMBRE DEBERÁ ESTAR ALEJADO DE LAS SUPERFICIES LABIALES DE LOS INCISIVOS INFERIORES DOS O TRES MILÍMETROS PARA PER-

MITIR QUE ÉSTOS SE DESPLACEN HACIA ADELANTE. A CONTINUA--
CIÓN PUEDE AGREGARSE UN ALAMBRE DE NÍQUEL Y CROMO O DE --
ACERO INOXIDABLE DE 0,036 Ó 0,040 PULGADAS, SOLDANDO UN -
EXTREMO EN EL PUNTO EN QUE EL ALAMBRE CRUZA EL NICHOS Y LLE
VANDOLO GINGIVALMENTE SEIS U OCHO MILÍMETROS, DESPUÉS ESTE
ALAMBRE SE DOBLA Y SE LLEVA CRUZANDO LA ENCÍA DE LOS INCI-
SIVOS INFERIORES, PARALELO AL ALAMBRE BASE; SE VUELVE A DO
BLAR EN LA ZONA DEL NICHOS OPUESTO Y SE SUELDA EL ALAMBRE -
BASE. LA PORCIÓN PARALELA DEL ALAMBRE DEBERÁ ESTAR APROXI-
MADAMENTE A TRES MILÍMETROS DE LOS TEJIDOS GINGIVALES. POS
TERIORMENTE SE SUELDA EL ALAMBRE BASE A LA CORONA O A LAS
BANDAS Y SE REVISA TODO EL APARATO DE ALAMBRE BUSCANDO PO-
SIBLES INTERFERENCIAS OCLUSALES O INCISALES.

DESPUÉS DE LIMPIARLO Y PULIRLO, PODRÁ SER CEMENTA
DO SOBRE LOS DIENTES PILARES. LA PORCIÓN LABIAL PUEDE SER
MODIFICADA AGREGANDO ACRÍLICO ENTRE LOS ALAMBRES DE BASE Y
AUXILIAR, ESTO TIENDE A REDUCIR LA IRRITACIÓN DE LA MUCOSA
DEL LABIO INFERIOR. LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ES DE OCHO
O NUEVE MESES, ASÍMISMO DEBERÁ RETIRARSE GRADUALMENTE, ES-
TO ES QUE LOS ALAMBRES AUXILIARES SE RETIRARÁN PRIMERO Y -
EL RESTO DEL APARATO VARIAS SEMANAS DESPUÉS. REALMENTE NO
DEBE DE HABER PRISA POR RETIRAR EL APARATO, PRINCIPALMENTE
EN LOS CASOS EN QUE HA HABIDO APIÑAMIENTO Y RETROPOSICIÓN
DE LOS INCISIVOS INFERIORES. ES MUY CLARO QUE EL APARATO -
PARA EL LABIO PERMITE QUE LA LENGUA MUEVA LOS INCISIVOS INFE

RIORES EN SENTIDO LABIAL. DE HECHO ESTO NO SOLO MEJORA SU INCLINACIÓN AXIAL, SINO QUE CON FRECUENCIA REDUCE LA SOBREMORDIDA.

5.- APARATO REMOVIBLE USADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA RESPIRACIÓN BUCAL.

UN MÉTODO EFICAZ PARA CONTROLAR LOS HÁBITOS MUSCULARES ANORMALES Y AL MISMO TIEMPO UTILIZAR LA MUSCULATURA PARA LOGRAR LA CORRECCIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN EN EL DESARROLLO, ES LA PANTALLA BUCAL O VESTIBULAR, PERO ANTES DE UTILIZAR ESTAS PANTALLAS DEBERÁ UNO ASEGURARSE DE QUE EL CONDUCTO NASOFARÍNGEO ESTÁ SUFICIENTEMENTE ABIERTO PARA PERMITIR EL INTERCAMBIO DE AIRE. MASSLER Y ZWEMER SUGIEREN EL USO DE UNA TORUNDA DE ALGODÓN O PARTÍCULA DE PAPEL DELGADO APLICADO FRENTE A LOS ORIFICIOS NAALES PARA COMPROBAR ESTO.

EL NIÑO DEBERÁ CERRAR LOS OJOS ANTES DE APLICARSE EL ALGODÓN A LOS ORIFICIOS NAALES Y A LA BOCA PARA QUE LA RESPIRACIÓN SEA TOTALMENTE NATURAL, Y NO FORZADA, COMO CUANDO SE INSTRUYE AL NIÑO PARA QUE RESPIRE DELIBERADAMENTE POR LA NARIZ, O SOLO LO HACE CON GRAN DIFICULTAD Y CUANDO SE LO PIDEN, DEBERÁ ENVIARSELE A UN RINOLOGO, PARA QUE ESTE FORMULE SU DIAGNÓSTICO Y CORRIJA LA SITUACIÓN. SI EL NIÑO RESPIRA SIN DIFICULTAD AL PEDÍRSELO, HAY UNA GRAN PROBABILIDAD DE QUE LA RESPIRACIÓN BUCAL SEA HABITUAL, Y ENTONCES DEBERÁ

SER CORREGIDA CON LA AYUDA DE UN PROTECTOR BUCAL.

EL USO DE PANTALLAS BUCALES SE ACONSEJA PARA LA CORRECCIÓN DE LA RESPIRACIÓN ANORMAL POR LA BOCA, ESTA PANTALLA ES UNA ESPECIE DE ESCUDO QUE SE INSERTA EN LA BOCA Y VA A DESCANSAR SOBRE LOS PLIEGUES LABIALES, EVITANDO DE ESTA MANERA LA RESPIRACIÓN BUCAL Y FAVORECIENDO ASÍ LA RESPIRACIÓN NASAL. EL MATERIAL CON QUE SE FABRICA ESTA PANTALLA ES A BASE DE ACRILICO O CON CUALQUIER OTRO MATERIAL COMPATIBLE CON LOS TEJIDOS BUCALES.

SU USO SERÁ EXCLUSIVAMENTE POR LAS NOCHES Y SE LE INSERTA AL NIÑO ANTES DE QUE SE ACUESTE A DORMIR, PARA QUE ASÍ DURANTE EL SUEÑO SE VEA FORZADO A RESPIRAR POR LA NARIZ.

ESTA PANTALLA BUCAL SE PUEDE USAR TAMBIÉN EN LOS CASOS DE PROBLEMAS DE MORDEDURA DE LABIOS, EN LAS PROYECCIONES LINGUALES Y EN LA SUCCIÓN DEL PULGAR.

3.- MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

ES CLARO QUE LOS PROBLEMAS DE PERSONALIDAD ENTRAN EN EL TERRENO DE TRABAJO DEL PSICÓLOGO, SIENDO ESTE ESPECIALISTA EL ÚNICO QUE PODRÁ PREPARAR AL NIÑO PSICOLÓGICAMENTE PARA QUE PUEDA HACER CONCIENTE SU PROBLEMA Y SE CONVENZA DE QUERER ROMPER O ABANDONAR EL HÁBITO. GENERALMENTE LO QUE SE HACE PRIMERO PARA RESOLVER ESTE TIPO DE PROBLEMAS DE HÁBITOS ES ACUDIR CON EL ODONTÓLOGO AL PERCATARSE DE LOS RESULTADOS PRIMARIOS QUE SE DAN A NIVEL BUCAL, COMO LO SON LA DISTORCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR Y LA MALPOSICIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

VARIOS ORTODONCISTAS MANIFIESTAN SU CONVICCIÓN DE QUE ANTES DE HACER CUALQUIER TIPO DE INTERVENCIÓN, HABRÁ QUE EXAMINAR CUIDADOSAMENTE LA DURACIÓN, FRECUENCIA, DESARROLLO OSTEOGÉNICO, HERENCIA GENÉTICA Y ESTADO GENERAL DE SALUD DEL NIÑO.

1.- PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS. LOS NIÑOS SUELEN COMBINAR HÁBITOS BUCALES PRIMARIOS, COMO LO ES LA SUCCIÓN DEL PULGAR, CON HÁBITOS SECUNDARIOS COMO TIRARSE EL PELO O HURGARSE LA NARIZ. ES FRECUENTE EL PODER ROMPER EL HÁBITO PRIMARIO HACIENDO IMPOSIBLE LA REALIZACIÓN DEL HÁBITO SECUNDARIO. LO ANTERIORMENTE DICHO SE PUEDE DEMOSTRAR CON EL CASO DE UNA NIÑA DE DIEZ AÑOS QUE SE CHUPABA EL PULGAR

Y AL MISMO TIEMPO SE TIRABA DEL PELO DE UN SOLO LADO DE LA CABEZA, TERMINANDO POR DEJAR SIN PELO AL LADO AFECTADO, SE PROCEDIÓ A RAPAR LA CABEZA DE LA NIÑA LOGRANDOSE CON ESTO QUE LA NIÑA PERDIERA LOS DESEOS DE CHUPARSE EL PULGAR Y -- TERMINAR ASÍ CON EL HÁBITO.

EXISTEN TAMBIÉN OTRO TIPO DE MÉTODOS QUE SON MENOS DRÁSTICOS E IGUALMENTE EFECTIVOS. SE PUEDE ESTIMULAR AL NIÑO ALABÁNDOLO Y HACIÉNDOLO SENTIRSE MÁS RESPONSABLE. EL -- PROCEDIMIENTO COMPLETO IMPLICA QUE LOS PADRES ESTÁN DE -- ACUERDO CON COOPERAR Y SEGUIR LAS SUGERENCIAS DEL ODONTÓLOGO EN CASA, ESTO ES:

- A) SE DEBE ESTABLECER UNA META A CORTO PLAZO PARA ROMPER EL HÁBITO (UNA O DOS SEMANAS).
- B) NO SE DEBE CRITICAR AL NIÑO SI EL HÁBITO CONTINÚA.
- C) OFRECER UNA RECOMPENSA AL NIÑO SI ABANDONA EL HÁBITO.

SIN ESTA COOPERACIÓN SE VERÁ QUE ES MÍNIMA LA EVOLUCIÓN HACIA EL ADIESTRAMIENTO DEL NIÑO. CUANDO EL HÁBITO SE PRACTICA POR PROBLEMAS EMOCIONALES, EL TRATAMIENTO A SEGUIR SEGÚN LOS PSIQUIATRAS, ES DEJAR PASAR EL TIEMPO Y DAR OPORTUNIDAD A QUE SE RESUELVAN LAS DIFICULTADES EMOCIONA-

LES DEL NIÑO.

POR OTRA PARTE SE ACUDE A EXPLICARLE AL NIÑO LOS PROBLEMAS QUE LE PUEDE CAUSAR EL HÁBITO QUE PRACTICA, SIEMPRE Y CUANDO TENGA LA EDAD PROPICIA PARA ENTENDER O COMPRENDER LO QUE SE LE TRATA DE EXPLICAR Y ASÍ DE ESTA MANERA ESTIMULAR SU "YO", REALMENTE BAJO ESTE PROCEDIMIENTO O TÉCNICA SE TIENE LA EXPERIENCIA DE POCOS ÉXITOS.

EXISTE TAMBIÉN EL LLAMADO "MÉTODO DEL ESPEJO DE LEWIS" Y QUE CONSISTE EN ROMPER EL HÁBITO LOGRANDO QUE EL NIÑO SEA CONSCIENTE DE ÉL. CONSISTE EN APARTAR AL NIÑO DE SUS JUEGOS DOS VECES AL DÍA Y HACER QUE SE CHUPE EL DEDO FRENTE AL ESPEJO EN UN TIEMPO DE DIEZ MINUTOS, HASTA QUE ABANDONE EL HÁBITO.

SE HA OBSERVADO TAMBIÉN QUE EN NIÑOS DE MÁS DE CINCO AÑOS, EL HECHO DE CHUPARSE EL DEDO Y ASOCIARLO CON UN HECHO VERGONZOSO, PRODUCE EN LA MENTE DEL NIÑO LA RESOLUCIÓN DE ABANDONAR EL HÁBITO.

LOS REGAÑOS Y CASTIGOS SERÁN INÚTILES PARA PODER LOGRAR EL SUPRIMIR EL HÁBITO. CONCRETAMENTE SE DEBERÁ CONVENCER AL NIÑO Y HACERLO CONSCIENTE DE LA NECESIDAD DE QUE LO ABANDONE Y SUS REPERCUSIONES POSTERIORES.

2: - PROCEDIMIENTOS CON SUBSTANCIAS Y ADITAMENTOS. EXISTEN VARIOS MÉTODOS POR MEDIO DE LOS CUALES, SE HA OBTENIDO ÉXITO PARA ELIMINAR EL HÁBITO DE SUCCIONAR EL DEDO. ESTE TIPO DE MÉTODOS NO ES PRECISAMENTE LA APLICACIÓN DE ALGÚN APARATO DENTRO DE LA BOCA DEL NIÑO.

UNO DE ELLOS CONSISTE EN LLENAR O RECUBRIR EL DEDO DEL NIÑO CON CIERTAS SUBSTANCIAS QUE ESTÁN HECHAS ESPECIALMENTE PARA ESTE EFECTO, SIENDO SU CARACTERÍSTICA EL TENER UN SABOR DESAGRADABLE. OTRO MÉTODO CONSISTE EN RODEAR O EN VOLVER CON TELA ADHESIVA EL DEDO AFECTADO, OTRO MÉTODO ES EL ADHERIR UN GUAANTE A LA MANO AFECTADA.

OTRAS DE LAS TÉCNICAS QUE SE ADOPTAN PARA TRATAR ESTE PROBLEMA, SON LOS DISPOSITIVOS ANTIGUOS QUE FUNCIONAN COMO IMPEDIMENTO MECÁNICO. EXISTEN VARIOS ADITAMENTOS QUE SON UTILIZADOS PARA TRATAR ESTE HÁBITO, PERO GENERALMENTE NO DAN RESULTADO Y SON NEGATIVOS EN EL SENTIDO DE QUE ACENTUARÁN MÁS EL PROBLEMA, SE HACE MENCIÓN A ELLOS SÓLO COMO INFORMACIÓN MAS NO COMO RECOMENDACIÓN.

HAY COMO DEDALERAS Y MITONES DE DIFERENTE FORMA: - DEFENSA PARA DEDOS, MITONES DE ALUMINIO, PROTECTORES DE ALAMBRE, ETC. PARA LOS NIÑOS DE EDAD PEQUEÑA, SE EMPLEA UNA ESPECIE DE CAMISA DE DORMIR PARA QUE LAS MANOS NO SE PUEDAN LLEVAR A LA BOCA.

EL PRINCIPIO DE CÓMO FUNCIONAN ESTOS MÉTODOS, ES EN BASE DE QUE EL NIÑO ACEPTARÁ ROMPER EL HÁBITO, PERO CONLLEVA EL RIESGO DE QUE AL DESAPARECER ÉSTE PUEDA SURGIR OTRO NUEVO HÁBITO MAS NOCIVO.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO ES FUNDAMENTAL PARA PROPORCIONAR A LOS PADRES EL CONOCIMIENTO DE LOS DIVERSOS MÉTODOS Y ALTERNATIVAS A QUE SE PUEDE ACUDIR, ASÍ COMO ESPECIFICAR SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

CONCLUSIONES

ANTES DE INTENTAR TERMINAR CON ALGÚN HÁBITO BUCAL ES FUNDAMENTAL RECORDAR LA IMPORTANCIA DE LA MUSCULATURA BUCAL EN EL BUEN DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN, Y MEJORA EN EL MECANISMO DE LOS HÁBITOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN,

DESDE UN PRINCIPIO SE DEBE DEFINIR QUE ES LO QUE SE VA A TRATAR. A VECES ES UNA MORDIDA ABIERTA, OTRAS UN PROBLEMA PSICOLÓGICO, O UN REFLEJO NEUROMUSCULAR.

LOS HÁBITOS BUCALES QUE CON MÁS FRECUENCIA TRASTORNAN LA OCLUSIÓN SON EL CHUPETEO DEL PULGAR, CHUPETEO DE OTRO DEDO O DEDOS, LENGUA PROTRÁCTIL, MORDIDA Y CHUPETEO DE LABIOS. INDEPENDIENTEMENTE DEL HÁBITO BUCAL QUE SE ESTÁ COPRIGIENDO, SE DEBEN TENER EN CUENTA 2 FACTORES BÁSICOS:

1) HAY UN REFLEJO IMPLICADO. AQUÍ EL PROBLEMA SE REFIERE AL DOMINIO DE UN PROCESO PSICOLÓGICO; POR LO TANTO, EL RAZONAMIENTO TERAPÉUTICO DEBE SER FISIOLÓGICO Y NO MECÁNICO. DEBE INTENTARSE SIEMPRE LA ALTERACIÓN DEL BRAZO AFERENTE DEL REFLEJO, Y ESTO SE HACE POR REAPRENDIZAJE DE LOS MÚSCULOS. POR ELLO SE INSISTE QUE DEBEN RECHAZARSE GUANTES, ARMAZONES EN EL CODO QUE PRODUCEN, AUNQUE POCA, CIERTA INTERFERENCIA MECÁNICA.

2) DEBE DETERMINARSE SI LA MALOCLUSIÓN ES DE -- PRIMERA O SEGUNDA IMPORTANCIA. SOMOS DENTISTAS Y NUESTRAS MENTES Y OJOS ESTÁN ENFOCADOS HACIA LOS PROBLEMAS DENTALES Y A LAS SOLUCIONES DENTALES, PERO LOS ARCOS LINGUALES NO TRATAN SICOSIS.

EN EL TRATAMIENTO DEL HÁBITO DE LENGUA PROTRÁCTIL SE PLANEAN EN VARIOS PERIODOS. PRIMERO SE ENSEÑA EL MÉTODO DE DEGLUCIÓN Y DESPUÉS SE RECURRE AL ARCO LINGUAL, UTILIZADO PARA LA CORRECCIÓN DEL CHUPETEO DE DEDO. UTILIZAREMOS UN APARATO HECHO DE ALAMBRE INOXIDABLE DE ACERO DE .036 DE PULGADA SOLDADO A CUATRO CORONAS HECHAS DE ACERO INOXIDABLE. LOS ESPOLONES AGUDOS SON MUY CORTOS, ESTÁN COLOCADOS ESTRATEGICAMENTE; EL TIEMPO NECESARIO DE ESTE TRATAMIENTO FUE DE CUATRO MESES. EL ADITAMENTO NO CORRIÓ LA MALOCLUSIÓN, PERO SÍ EL HÁBITO.

EL RETORNO A LA FUNCIÓN NORMAL DEL LABIO Y LENGUA CERRÓ LA MORDIDA ABIERTA Y ALINEÓ LOS INCISIVOS.

EN EL CHUPETEO DEL LABIO Y MORDIDA DEL LABIO SE OBSERVAN FRECUENTEMENTE CON UNA SOBREMORDIDA HORIZONTAL EXAGERADA, CON SOBREMORDIDA O AMBAS. NO DEBE INTENTARSE SU CORRECCIÓN HASTA QUE LOS INCISIVOS HAN EMPEZADO A MOVERSE A MEJORES POSICIONES, A MENOS QUE HAYA RELACIÓN MOLAR CLASE I Y QUE LA MALA RELACIÓN DE LOS INCISIVOS PUEDA

TRATARSE CON UNA PLACA BUCAL. LOS EJERCICIOS PARA LABIOS AYUDARÁN EN LA CORRECCIÓN DEL CHUPETE O DEL LABIO Y DE LA MORDIDA DE LABIO, PERO LA MAYORÍA DE DICHS HABITOS DE LABIO SE CORRIGEN POR SI SOLOS CUANDO LOS INCISIVOS ESTÁN COLOCADOS ADECUADAMENTE Y MANTENIDOS ASI POR CIERTO TIEMPO.

EN LOS RESPIRADORES BUCALES UTILIZAREMOS LA PLACA BUCAL YA QUE ÉSTA SE ACOMODA EN EL VESTÍBULO DE LA BOCA, ENTRE LOS LABIOS Y LOS DIENTES, CON EL PROPÓSITO DE CONSERVAR LA FUNCIÓN DE LOS LABIOS. ESTE APARATO BLOQUEA EFICAZMENTE LA ENTRADA DE AIRE POR LA BOCA Y DIRIGE LAS CONTRACCIONES DE LOS LABIOS CONTRA CUALQUIER DIENTE EN LABIOVERSIÓN. SE LE USA PARA RETENER LOS LABIOS, CORRIGIR LA LABIOVERSIÓN SIMPLE DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES Y PARA CORREGIR EL HABITO. NO DEBE COLOCARSE NUNCA EN LA BOCA DE UN NIÑO QUE PRESENTE CUALQUIER CLASE DE TRANSTORNO RESPIRATORIO. LA PLACA BUCAL NO DEBE USARSE PARA LA CORRECCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES CLASE II.

BIBLIOGRAFIAS.

ODONTOLOGÍA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

DE: RALPH F. Mc DONAL, P.S., D.D.S., M.S.

EDITORIAL MUNDI

2A. EDICION.

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

DE: SAMUEL LEYT

EDITORIAL MUNDI, SAIC Y F

ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

DE: DR. SIDNEY P. FINN

CUARTA EDICIÓN

EDITORIAL INTERAMERICANA

PSICOLOGÍA MÉDICA

DE: DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

TRATADO DE ORTODONCIA

DE: DR. ROBERT E. MOYERS

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.

1A. EDICION

ORTODONCIA

DE: DR. T.M. GRABER

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.

3A. EDICIÓN.