

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CORRECCION DE HABITOS ORALES EN NIÑOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

**MARIA FRANCISCA RAMIREZ ORDUÑA
MARIA ASUNCION SILVIA SEGURA ROCA**

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| CAPITULO | Página |
|--|--------|
| INTRODUCCION | 1 |
| I ERUPCION DENTAL | 4 |
| II PSICOLOGIA INFANTIL | 10 |
| A) TIPOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO . . . | 16 |
| III METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL - NIÑO EN LA CORRECCION DE HABITOS | 21 |
| VI HABITOS ORALES EN NIÑOS, CLASIFICACION Y SU -- TRATAMIENTO | 26 |
| A) MALOCLUSIONES | 48 |
| V INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LA CONDUCTA POSITIVA O NEGATIVA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL . . | 53 |
| CONCLUSIONES | 63 |
| BIBLIOGRAFIA | 65 |

I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo tiene como objeto, exponer la importancia -- que reviste la prevención de los Hábitos Orales en niños, ya -- que no solo afectan bucodentalmente sino psicológica y social -- mente.

Los dentistas consideran los hábitos como posible causas de pre-- siones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre -- los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclu -- siones, que pueden volverse francamente anormales si continúan -- estos hábitos largo tiempo.

Por este problema también se interesa el pediatra, psiquiatra, -- psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y -- los padres.

En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se inte -- resan más por los cambios bucales estructurales que resultan de -- hábitos prolongados.

El pediatra, el psiquiatra y psicólogo pueden dar mayor importan -- cia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma.

Por otro lado los padres parecen preocuparse más por el aspecto -- socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular un diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de otros profesionistas que estudian los mismos problemas.

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

Por lo tanto es importante hacer del conocimiento de los demás que si los hábitos se presentan en edades tempranas pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente, y que si éstos no son debidamente atendidos, se pueden presentar en la adolescencia o en la edad adulta.



CAPITULO I
ERUPCION DENTAL

ERUPCION DENTAL

Los dientes humanos se desarrollan en los maxilares y no penetran en la cavidad bucal sino hasta que ha madurado la corona. La fase eruptiva tanto de dientes deciduos como la de los permanentes se divide en dos fases; prefuncional y funcional. Al final de la fase prefuncional los dientes entran en oclusión. En la fase funcional los dientes continúan moviéndose para mantener una relación apropiada con el maxilar y entre si.

FASE PREFUNCIONAL:

Se inicia con la formación de la raíz y termina cuando los dientes han alcanzado el plano oclusal.

Al principio de esta fase la corona está recubierta por el epitelio reducido del esmalte, mientras la corona se mueve hacia la superficie, el tejido conjuntivo que se encuentra entre el epitelio reducido del esmalte y el epitelio oral desaparece.

Cuando las cúspides de las coronas alcanzan la mucosa oral, el epitelio oral y el epitelio reducido del esmalte se fusionan en la porción central del área de fusión, el epitelio degenera y la punta de la cúspide emerge hacia la cavidad bucal, la emergencia gradual de la corona es llevada a cabo gracias al movimiento oclusal del diente (erupción activa), así como la separación del epitelio que recubre al esmalte (erupción pasiva). Los molares per -

manentes no tienen predecesores primarios, el esmalte, sus yemas o gérmenes dentarios, se desarrollan a partir de una prolongación distal de la cresta dentaria.

Los primeros molares permanentes se desarrollan en una posición -- aproximada a la que conserva al erupcionar en la cavidad oral, -- en cambio la corona de los segundos y terceros molares permanen -- tes adoptan una posición diferente, presentando movimiento -- plicados de rotación y de derivación hasta erupcionar en la cavi -- dad oral, composición y relaciones correctas con respecto a otros dientes.

Cuando los segundos y terceros molares permanentes comienzan a -- desarrollarse, los maxilares no son suficientemente grandes para acomodarles, de ahí que los molares inferiores segundo y tercero se desarrollan en base de la rama maxilar inferior, inclinándose de tal manera que sus superficies oclusales se encuentran diri -- gidas en sentido mesial y hacia arriba. Habitualmente el segundo molar emerge en la cavidad oral en una posición distal correcta -- en relación con el primer molar.

El desarrollo inadecuado de la mandíbula y la falta de suficien -- te movimiento rotatorio en los estadios tempranos de la erupción a veces dan lugar a que la corona del tercer molar inferior se -- encuentre efectuando posición contra la corona del segundo mo -- lar contiguo; esto da como resultado un tercer molar inclinado.

El segundo y tercer molar superior se desarrollan a nivel de la -- tuberosidad del maxilar superior con superficies oclusales diri --

gidas en un sentido distal y hacia abajo.

El desarrollo inadecuado del maxilar superior y la falta de su --
ficientes movimientos rotatorios en los estadios tempranos, pue --
den ocasionar la inclusión del tercer molar. El cambio de posi --
ción en los dientes en desarrollo en los maxilares se encuentran
en correlación con el crecimiento de los dientes, procesos alveo --
lares y maxilares.

FASE FUNCIONAL:

Después que los dientes hacen erupción y se han puesto en con --
tacto con sus antagonistas, sus movimientos no cesan por comple --
to.

Durante el periodo de crecimiento el movimiento oclusal de los --
dientes es más o menos rápido, los cuerpos de los maxilares cre --
cen en altura casi exclusivamente al nivel de las crestas alveo --
lares y los dientes tienen que moverse oclusalmente con la rapi --
dez con que están creciendo los maxilares, con el objeto de man --
tener su posición funcional.

El movimiento de erupción de esta fase se encuentra enmarcado por
el crecimiento simultáneo de los maxilares.

La erupción vertical oclusal continúa favorecida por la aposición
continua del cemento, equilibra los procesos de atricción y la --
distancia entre los maxilares durante la masticación; condición --
esencial para el funcionamiento normal de los músculos mastic --
torios.

MECANISMOS DE ERUPCION DENTARIA:

Se deben tomar en cuenta los siguientes factores: crecimiento de la raíz, crecimiento de la dentina, proliferación de los tejidos dentarios, presión por la acción muscular, presión ejercida por la red vascular pulpar y tejidos periapicales, aposición y reab - sorción ósea.

ORDEN DE ERUPCION:

El orden normal de erupción de dientes primarios y permanentes es la siguiente: primero los incisivos centrales, seguidos por los laterales, primeros molares, caninos y segundos molares.

Por lo general los dientes primarios inferiores erupcionan antes que sus antagonistas, habitualmente la erupción se inicia en las niñas en una edad más temprana que en los niños, también existe una variación normal en cuanto al tipo constitucional así tenemos que en niños longilíneos los dientes primarios convergen hacia la cavidad oral más pronto que en niños bien constituidos.

Tres o cuatro meses de diferencia en la erupción dental en cual - quier sentido, no implican necesariamente que el niño presente -- erupción anormal.

EPOCA DE ERUPCION Y CAIDA DE LOS DIENTES TEMPORALES

| | ERUPCION | | CAIDA | |
|------------------|------------|------------|----------------------|-----------------------|
| | Inferiores | Superiores | Inferiores | Superiores |
| Incisivo Central | 6 meses | 7 meses | 6 años | 7 $\frac{1}{2}$ años |
| Incisivo Lateral | 7 meses | 9 meses | 7 años | 8 años |
| Canino | 16 meses | 18 meses | 9 $\frac{1}{2}$ años | 11 $\frac{1}{2}$ años |
| Primer Molar | 12 meses | 14 meses | 10 años | 10 $\frac{1}{2}$ años |
| Segundo Molar | 20 meses | 24 meses | 11 años | 10 $\frac{1}{2}$ años |

EPOCA DE ERUPCION DE LOS DIENTES PERMANENTES

| | Inferiores | Superiores |
|---------------------|------------|------------|
| Incisivos Centrales | 6- 7 años | 7- 8 años |
| Incisivos Laterales | 7- 8 años | 8- 9 años |
| Caninos | 9-10 años | 11-12 años |
| Primeros Premolares | 10-12 años | 10-11 años |
| Segundos Premolares | 11-12 años | 10-12 años |
| Primeros Molares | 6- 7 años | 6- 7 años |
| Segundos Molares | 11-13 años | 12-13 años |

CAPITULO II

PSICOLOGIA INFANTIL

A).- TIPOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO

PSICOLOGIA INFANTIL

El desarrollo psíquico de un individuo no se puede considerar --
aparte de su crecimiento físico, ya que ambos están intrínseca --
mente relacionados, presentándose conductas específicas a deter --
minadas edades.

PERIODO PRENATAL:

- a).- Un pasado distante, herencia de generaciones anterior --
res que marca las diferencias individuales, algunas --
expresadas inmediatamente, en lo que tendemos a llamar --
temperamento y otras permanecen latentes, que se mani --
fiestan a medida que ganan apoyo de influencia en su --
ambiente.
- b).- Un pasado reciente de nueve meses, obtenido dentro del
cuerpo materno.
- c).- Más recientemente un período de variada duración, el --
parto, que lo libera, pero de tal forma que responde a --
ciertos estímulos (sobre todo dolor).

Un embarazo tranquilo, un parto sin temor, un amamantamiento co --

rrrecto, una adecuada alimentación de acuerdo con el pedido del -
niño resulta de capital importancia para el lactante el cuidado -
directo de su madre. La cual asesorada por su médico y con la --
completa aceptación del padre para evitar tensiones que inter ---
ferirían con el sentido de unidad de la madre con su hijo.

EL RECIEN NACIDO:

Al nacer el niño esta dotado con un equipo emocional bastante - -
elaborado, que incluye miedo, hambre y alegría.

Durante la primera o segunda semana el bebé mantiene una existen-
cia vegetativa en un dormir sin profundidad, despertando solo ---
cuando está suficientemente incómodo, la leche caliente que satis
face su hambre, la actividad de succión, el soporte firme en los
brazos de la madre, los olores y el calor maternal que le son fa-
miliares le harán dormir de nuevo.

El mamar es la actividad predominante del bebé durante la vigilia
siendo éste el principio del reflejo de la succión.

La unión emocional entre la madre y su hijo amamantado en un mar-
co de bienestar ordenado, constituye el fundamento de la relación
de un individuo con los otros seres humanos.

Al principio, el lactante parece estar buscando en forma no muy -
precisa el rostro materno, con movimientos casuales del brazo y -
de la mano,

A las seis semanas la mirada del bebé está centrada y mira la ca-

ra de su madre, sonriendo, pataleando y moviéndose con alegría.

Hacia el tercero o cuarto mes su mano se dirige para tomar parte en el proceso de alimentación en esa época puede asumirse una posición que continuará adoptando con movimiento accesorio para la succión del pulgar u otro dedo.

La succión alcanza su máxima intensidad durante el cuarto mes y en esta época es cuando los bebés vuelven la cabeza cuando oyen aproximarse a la madre y su grito de hambre cederá mientras la observan como se prepara para brindarle comodidad, cuando esto sucede podemos decir que ha comenzado a diferenciar a la madre como algo distinto en si mismo y ha aprendido ha confiar en ella. Hacia los seis meses, cuando se sienta y aprende alcanzar y responder sonriendo, tironeando, se ha convertido en una personalidad para sus padres y hermanos.

Alrededor de ésta época la mayoría de los lactantes pasan por la irritante y dolorosa experiencia de la dentición, teniendo la necesidad de morder. Es irrazonable castigar al bebé por morder ya que la inhibición prolongada del morder puede ir seguida de un serio trastorno de aprendizaje o la agresión puede volverse contra el niño mismo y expresarse más tarde por el desgaste de los dientes, por morderse las uñas, lengua o carrillo. Por lo tanto es aconsejable darle al bebé una costra de pan retostado para que le permita expresar libremente esta necesidad.

Durante la segunda mitad del primer año el bebé agarra cosas y

las lleva a su boca, también responde a estímulos sociales. Su madre se ha convertido en algo importante para él por su experiencia de amamantamiento, ahora puede estar listo para abandonar el pecho o alguna de sus maderas.

Aquí varía el momento en que esto debe hacerse, el tiempo que lleva destetarlo y sustitutos que requerirá.

Las funciones motoras se adelantan rápidamente, se arrastra y gatea. Empieza a reconocer los contornos de su cuerpo y su núcleo es el concepto que se ha formado de su madre. Junto con todos estos descubrimientos su alimento le intriga, quiere sentirlo y apretarlo y si no es permitido presentará variaciones en su apetito.

EL NIÑO DE DOS AÑOS:

Les encanta jugar con sus padres y en momentos tranquilos que les cante y lea. Investigan con curiosidad rasgos de los mayores; su cabeza, orejas, el interior de la boca de la madre y tocar sus labios. Debe organizar sus experiencias tocando y palmoteando; tiende a ser asustadizo cuando está alejado de ella. En este nivel de edad hasta los tres años es común que cambie de una cosa a otra, no debe ser forzado a cierta actividad, sino surgir espontáneamente.

EL NIÑO DE TRES AÑOS:

El niño da muestras del comienzo de semi-dependencia, edad del "yo también", la madre es la preferida. Las niñas suelen ser coquetas para atraer la atención del padre.

EL NIÑO DE CUATRO AÑOS:

Es la edad del "por qué" y el "como", durante la cual el niño desarrolla una actividad investigadora, de dependencia. Se interesa en su propio cuerpo y diferencias del sexo.

EL NIÑO DE CINCO AÑOS:

En el niño su padre se ha convertido en su rival, ya que siente un amor intenso por su madre. A esta edad las pesadillas son casi universales. El niño desea la mayor parte del tiempo conservar el amor de sus padres. Cuando los niños han superado con éxito todos estos complejos y sentimientos son más controlados.

EL NIÑO DE SEIS AÑOS:

El niño tiene una agresividad que puede ser constructiva o bien orientada hacia lo negativo llegando hasta el sadismo. Las madres en ocasiones son muy exigentes y no les permiten que ensucien la ropa o maltraten a los demás y esto representa para el niño una represión. Para ayudarlo se le puede dar un cuarto para que juegue cómodo y alimentar su ingenio y armonía, también procurar afirmar su sexo para que no tenga repercusión en la homosexualidad.

sexualidad.

En esta edad la entrada a la escuela tiene repercusión en todas sus áreas psíquicas ya que va a recibir una serie de informaciones que van a alterar su comportamiento, va a conocer números, letras etc., que antes le era ajeno. Puede ocasionar un trauma psicológico porque el niño supone que esto representa una separación de su hogar al que todavía no está preparado.

EL NIÑO PREADOLESCENTE:

Esta etapa abarca de los siete a los once años. Esta época requiere de mayor tiempo de reposo y alimentación.

La dedicación a la escuela es bastante; se nota introvertido, callado; es importante que en esta época el sujeto empiece a sentir confianza, cariño y que se le manifieste como un personaje importante.

TIPOS PSICOLÓGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO:

EL NIÑO DÉBIL MENTAL:

Debido a la pobre higiene bucal y a la dieta blanda en este tipo de pacientes, la proporción de caries tiende a ser un poco más alta que lo normal y el estado periodontal es pobre, por lo que se recomienda el uso de un cepillo accionado por baterías.

El niño con un grado leve de subnormalidad mental puede ser trata

do en cualquier consultorio como parte de su propia familia, sin gran dificultad. Su nivel mental debe ser conocido, de modo que el acercamiento del odontólogo pueda adaptarse a la situación y el plan de tratamiento se modifique de acuerdo al grado de tolerancia. La paciencia es fundamental en el tratamiento de estos niños, pero en caso de que sea pobre la cooperación, se debe considerar la rehabilitación bajo anestesia general.

Todos los niños de lento aprendizaje constituyen un problema que debe tratarse de forma individual en cada caso particular. Se procurará manejarlos de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental. El odontólogo deberá valorar si el tratamiento se efectúa bajo anestesia general o local.

Los niños con daño cerebral por anoxia, o quienes están propensos a convulsiones pueden no ser considerados por el anestesista como sujetos adecuados. Por lo que se tendrá que pensar usar la terapia con drogas anticonvulsionantes o tranquilizadoras, y si existe alguna duda consultar con el médico.



ACTIVO



PASIVO

EL NIÑO CONSENTIDO:

La excesiva indulgencia, o a veces el rechazo o indiferencia, — por parte de los padres hacen que el niño manifieste una conducta consentida que por lo general, se caracteriza por su desobediencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, — ya sea gritando, pateando, llorando y a veces hasta insultando. En estos casos dentro del consultorio dental, se tendrá a veces — que recurrir a medidas extremas como taponar la boca para conseguir tranquilizarlo y hacerlo que pueda escuchar al odontólogo, — que le hablará con voz suave pero firme.

El manejo de este tipo de niños es muy importante, desde la primera cita deberá hacersele el tratamiento planeado para esta — cita o cuando menos parte del mismo; de otra manera, el niño repetirá sus berrinches ya que le darán buen resultado para evitar que el odontólogo haga su labor.



EL NIÑO TIMIDO:

Este es un niño fácil de reconocer, generalmente no quiere entrar al consultorio, se esconde detrás de la madre, no responde a nuestr

tras preguntas, baja los ojos, se voltea etc.

En estos casos trataremos de hablarle al niño con voz suave ex ---
plicándole lo que se le va a hacer, convenciéndolo sin demostrar
una insistencia excesiva. Dominando de esta manera poco a poco su
temor demostrando interés en lo que a él le gusta.

A estos niños no se les debe de agredir porque se asustan y no se
dejan atender.

Estos niños pueden ser pacientes ideales, ya que son obedientes, ---
educados y responden bien a la disciplina.



EL NIÑO DESAFIANTE:

Generalmente, esta actitud la presentan niños con problemas, los
cuales desafían la autoridad del dentista negándose a abrir la ---
boca. En estos casos el dentista deberá imponer su autoridad y ---
tratar de saber cual es el origen de los problemas del niño pa ---
ra ayudarlo y lograr su cooperación.



EL NIÑO TEMPERAMENTAL:

Es el tipo de paciente que cabe dentro de todos los tipos, a veces coopera y a veces no, se muestra cansado o aburrido. La acti-
tud del dentista siempre deberá ser de ánimo.



EL NIÑO COOPERADOR:

Es un niño que debemos manejar con mayor cuidado, para no hacer -
de él un mal paciente. Por lo general hay que hablarle con la ver-
dad de lo que se le va hacer.



CAPITULO III
METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR
AL NIÑO EN LA CORRECCION DE HABITOS

METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR
AL NIÑO EN LA CORRECCION DE HABITOS.

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

Muchas veces los niños combinan hábitos bucales primarios tales como la succión del dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario, pero esto a veces resulta un poco drástico.

Por lo tanto podemos observar que el procedimiento completo para el tratamiento implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

- 1).- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito

(una o dos semanas).

2).- No criticar al niño si el hábito continúa.

3).- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

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

Es importante mencionar que cualquier método utilizado para la supresión de un hábito se debe basar en la aceptación del niño para romper el hábito y deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de éste hábito puede dar lugar al surgimiento de otro, aún más nocivo; ya que muchas veces los padres exigen del niño una perfección que éste no puede lograr y el procedimiento estará condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido responsable de la producción del hábito.- Si los padres recompensan de alguna manera al niño por dejar el hábito durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo, el odontólogo puede ayudar a los padres y decidir sobre la acción de métodos o alternativas.

Otro de los puntos de gran importancia es que la mayoría de los instrumentos intrabucales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste son considera-

dos por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales mas difíciles de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños estos instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un "niño nervioso". Por lo tanto el odontólogo se debe hacer las siguientes preguntas antes de colocar un instrumento para romper hábitos nocivos:

Comprensión del niño:

- ¿Comprende el niño la necesidad de utilizar el instrumento?
- ¿Quiere el niño que le ayuden?

Cooperación paterna:

- ¿Comprenden los padres lo que hace el odontólogo y le han prometido cooperación total?

Relación amistosa:

- ¿Ha establecido el dentista una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de "recompensa" en vez de una sensación de "castigo"?

Definición de la meta:

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

Madurez:

¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?

Esto nos indica que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento, casi siempre condena a éste al fracaso.

CAPITULO IV

HABITOS ORALES EN NIÑOS

CLASIFICACION Y SU TRATAMIENTO

A).- MALOCLUSIONES

HABITOS ORALES EN NIÑOS

HABITOS ORALES NO COMPULSIVOS:

Son aquellos que no se impulsan emocionalmente y no son perju --
diciales para el individuo.

Son utiles como un escape a preocupaciones, incomprensiones y --
ansiedades, que de otro modo se acumularian produciendo trastor --
nos psicologicos, de esta manera podrian afectar al niño.

Son hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de
conducta del niño al madurar este.

HABITOS ORALES COMPULSIVOS:

Este hábito es cuando ha adquirido una fijación en el niño, al --
grado de que este acude a la práctica del mismo cuando siente que
su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en el mun --
do. Expresan una necesidad emocional profundamente arraigada y --
se retrae hacia si mismo y por medio de la extremidad corporal --
aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Se ha observado que una de las causas es debida a que durante la
lactancia el niño recibía poco alimento en cada toma o deberse --
a demasiada tensión en el momento de la alimentación lo mismo --
que se acusa al sistema de alimentación por biberón.

SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS:

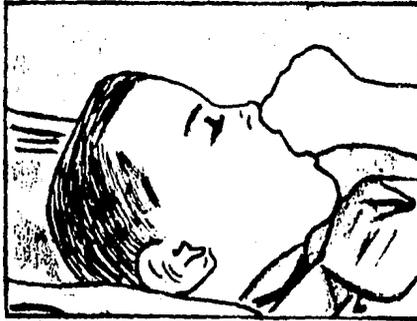
Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Por lo general se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión.

Se debe recalcar que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

- 1).- De la posición del dedo en la boca.
- 2).- De la acción de palanca que ejerza el niño contra las piezas y el alveolo por la fuerza que genera si, además de succionar presiona contra las piezas.



Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a qué mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.



EFECTOS DENTALES:

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

Algunos examinadores consideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerup-

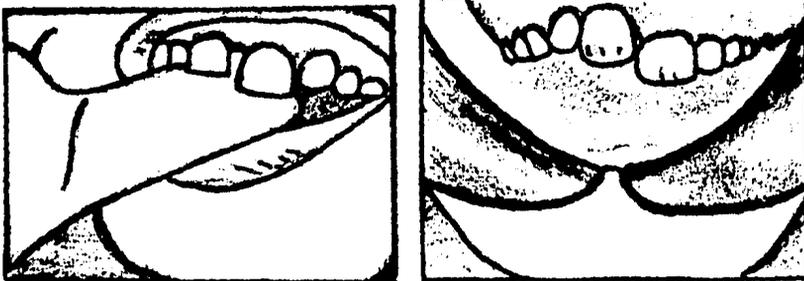
ción en las piezas posteriores aumentando por lo tanto la mordi -
da abierta.

La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores
emplazados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a
fracturas accidentales.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y -
dificultades del lenguaje.

El músculo mentalis se puede contraer marcadamente, lo que com --
primiría hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio su
perior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en --
lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común.
Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicio
so que perpetúa la mordida abierta y la protusión labial superior.
Esta fuerza desigual generada contra las piezas por la musculatu--
ra peribucal puede servir para perpetuar una maloclusión mucho --
después de la desaparición del hábito original de succión.

Es importante que en estos casos se considere cuidadosamente los
factores de herencia y hacer una observación minuciosa de las - -
oclusiones de los padres.



TRATAMIENTO:

Hay varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, - que pueden ser construídos por el odontólogo; que se clasifican en fijos y removibles.

Se tiene que cerciorar el odontólogo si el niño demuestra deseos de ser ayudado, además de que deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento después de tomar en consideración la edad del niño su dentadura y hábitos bucales.

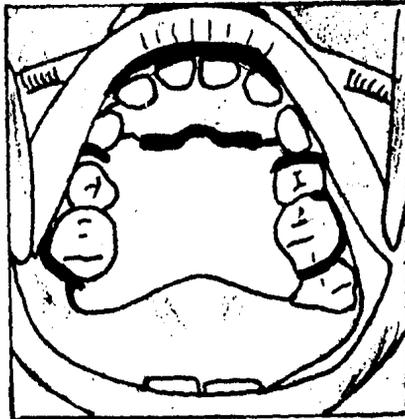
Los niños de menos de seis años en quienes solo están presentes - las piezas primarias los instrumentos removibles pueden no ser -- bien aceptados a causa de la inmadurez del niño. En la edad de -- dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erup -- ción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo entre los 8 y 9 años, también se produce maduración del lenguaje.

Se ha visto que un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado" mientras que uno removible -- puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en pe -- riodos críticos, como la noche pero la mayor desventaja de los -- instrumentos removibles es que el niño los lleva solo cuando el - desea.

TRAMPA CON PUNZON:

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos --

que utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

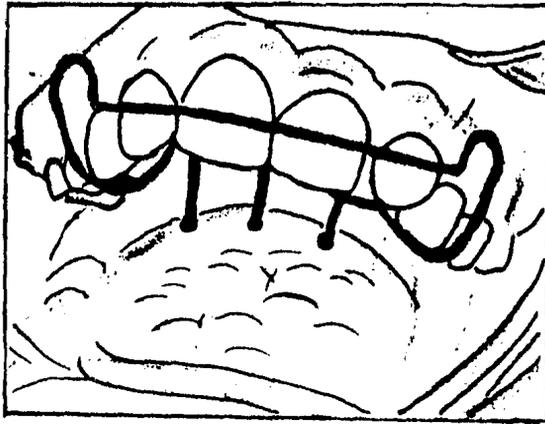


Las trampas pueden servir para:

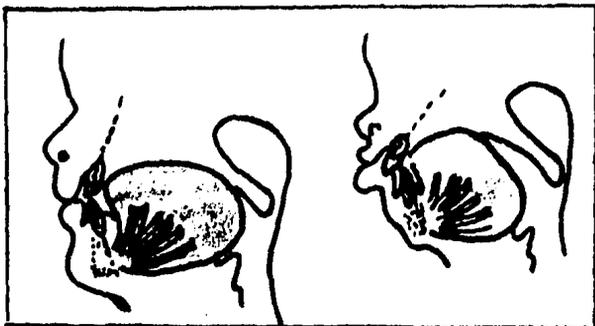
- 1).- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2).- Distribuir la presión también en las piezas posteriores
- 3).- Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- 4).- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

TRAMPA DE RASTRILLO:

Al igual que las de punzón pueden ser fijas o removibles, este aparato en realidad mas que recordar al niño lo castiga. Tiene púas romas que se proyectan hacia la bóveda palatina y sirve para hábitos de empuje lingual, deglución defectuosa y succión del dedo.



Cabe hacer notar que en los hábitos de succión no sólo se emplea el pulgar y otros dedos sino que también otros tejidos como mejillas, labios o lengua que se utilizan frecuentemente para sustituir los dedos.



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. Se puede lograr cooperación del niño y así lograr el abandono de este.

TRATAMIENTO:

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 ayuda a enderezar los músculos labiales y ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.



EMPUJE LINGUAL:

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores - en protusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho puede ser fortalecido.

EFFECTOS DENTALES:

Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque se puede presentar depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

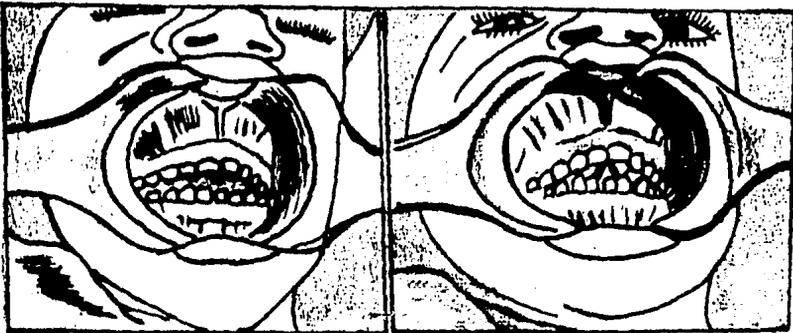
Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protusión.

TRATAMIENTO:

Consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar esto será difícil de lograr.

Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados -- para limitar los efectos de succión del pulgar, para llevar los -- incisivos a una alineación adecuada. A un niño de más edad preo -- cupado por su aspecto y ceceo, se le puede enseñar a colocar la -- punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y -- a tragar con la lengua en esta posición .

Puede construirse una trampa de púas vertical. Se hace similar a la sugerida para evitar succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extiende -- hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua -- hacia adelante.



EMPUJE DEL FRENILLO:

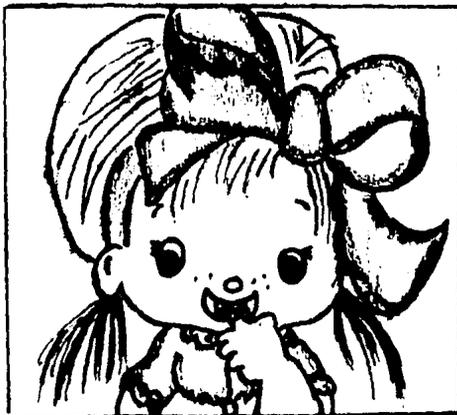
Es un hábito observado raras veces. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede tra-- bar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posi-- ción por varias horas. El hábito probablemente se inicia como --- parte de un juego ocioso pero puede desarrollarse un hábito que --

desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos cen
trales; este efecto es similar al producido por un frenillo anor
mal.



MORDEDURA DE UÑAS:

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión.-
Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclu -
siones, puesto que las fuerzas aplicadas al morder las uñas son -
similares a las del proceso de masticación.



HABITOS DE POSTURA:

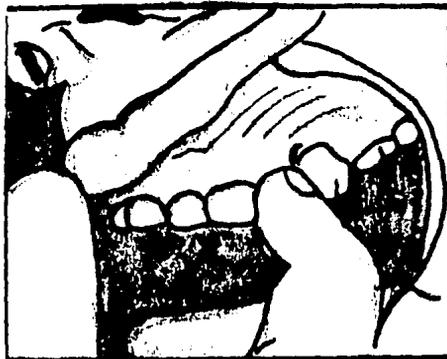
Son muy raros que produzcan maloclusiones, deberá formular su diagnóstico y tratarse por separado.

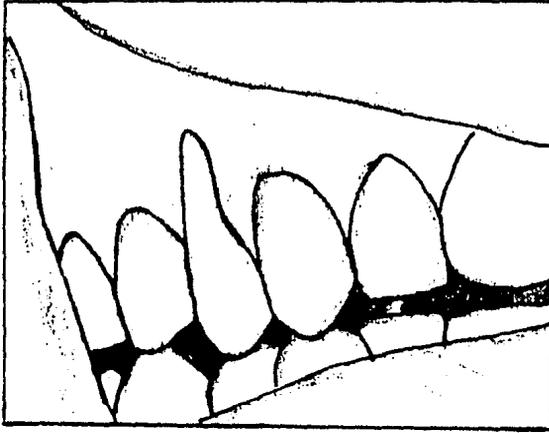
HABITOS MASOQUISTAS:

Se encuentran ocasionalmente, pero se ha observado que un niño utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior y las consecuencias de este hábito era que la pieza estaba completamente sin tejido gingival marginal sin ligar exponiendo el hueso alveolar .

TRATAMIENTO:

Consiste en ayuda psiquiátrica y envolver el dedo con cinta adhesiva.





ABERTURA DE PASADORES DE PELO:

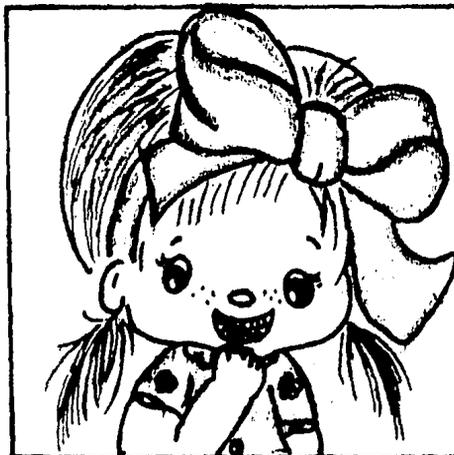
Es común entre las mujeres adolescentes abrir pasadores para el - pelo con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza.

EFFECTOS DENTALES:

Se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

TRATAMIENTO:

Llamar la atención sobre los efectos nocivos de este hábito.



RESPIRACION POR LA BOCA:

En los niños es poco frecuente respirar por la boca. Los niños - que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías; -

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

1).- Por obstrucción:

Son aquellos que presentan obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva en niños ecto - mórficos que presentan caras estrechas y largas y espacios naso - faríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y naso - faringe estrechas, estos niños presentan mayor propensidad a su - frir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofa - ríngeos amplios. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- a).- Hipertrofia de los turbinatos causada por alergia, infec - ciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los con

ductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climá-
cas frías y cálidas o aire contaminado.

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

c).- Adenoides agrandados.

Como el tejido adenoideal o faríngeo es fisiológicamente hiperplá-
sico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad
respiren por la boca y se puede corregir por sí solo al crecer el
niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción
del tejido adenoideo.

2).- Por hábito:

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costum-
bre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a ha-
cerlo.

3).- Por anatomía:

Es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por com-
pleto sin tener que realizar enormes esfuerzos. También encontra-
mos al niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un la-
bio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

Debe poder distinguirse a cuál de estas categorías corresponde el
niño.

EFECTOS DENTALES:

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como "facies adenoidea" la cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protusión labialmente y los labios permanecen abiertos con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores. Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua, y debido a presiones mayores sobre las áreas de caninos y primeros molares por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar derrumban dando un maxilar en forma de V y una bóveda palatina elevada.

Frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca aunque también intervienen factores genéticos que contribuyen a producirlas.

TRATAMIENTO:

La corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser evidente cuando duerme o esta en posición reclinada. Si persiste esta situación el odontólogo puede decidir el intervenir con un aparato eficaz que obligue al niño a respirar por la nariz. Esto se logra con la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación -

y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Es muy importante cerciorarse de que el conducto nasofaríngeo - está suficientemente abierto para permitir el intercambio de - - aire antes de colocar el aparato; y lo podremos verificar con -- ciertas pruebas como son: colocando algodón a los orificios nasales y a la boca, antes de aplicárselos que el niño cierre sus -- ojos e instruirle que respire por la nariz. Si el niño no puede - respirar por la nariz o lo hace forzado deberá enviársele a un -- rindólogo, pero si respira sin dificultad entonces hay una gran -- probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y podrá - - corregirse con la ayuda del protector bucal.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales. Generalmente se inserta duante la noche, se deja puesto toda la noche, para que el niño -- durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz. El protector bucal sirve para múltiples propósitos, evita que los que - se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que se empujan la lengua fuercen -- esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo, y los que se llevan - el pulgar para succionarlo. Se puede fabricar con cualquier material compatible con los tejidos bucales y el más utilizado son - las resinas sintéticas.

COMO SE FABRICA EL PROTECTOR BUCAL:

Este tipo de protectores se hace de Flexiglas de 1.56 mm y - - - 2.34 mm, respectivamente de espesor.

Se ajusta al vestíbulo de la boca, y transfiere presión muscular de los labios, a través del protector, a las piezas. Se construye el protector sobre modelos articulados, mantenidos en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión. Al asentarse - el yeso, se dibuja una línea en la encía hacia el pliegue muco - bucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel y se aplica el papel sobre el Flexiglas.

Al calentar el Flexiglas, se puede con unas tijeras cortar fá-- cilmente en la forma deseada. Se calienta aún más para adaptar - el Flexiglas a los modelos. Se enrolla una toalla mojada sobre los modelos, y se tuerce como un torniquete para adaptar con -- exactitud el protector a las piezas anteriores. El instrumento ya terminado deberá tocar solo las piezas maxilares anteriores, - y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y en supe-- rior (1.56 mm).

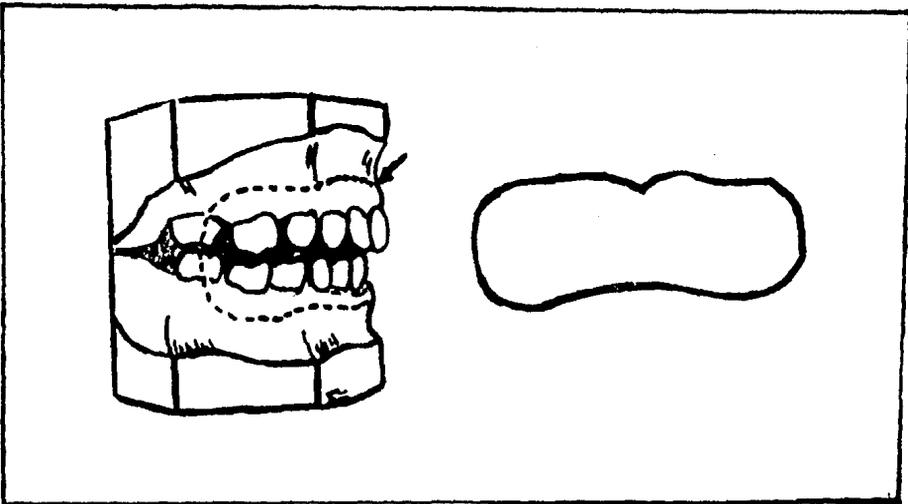
Deberá examinarse al paciente cada 3 semanas o mensualmente. En visitas posteriores, se ajustan los modelos rebajando algo de -- yeso de las superficies labiales de las piezas anteriores supe -- riores. Se vuelve a adaptar entonces el protector bucal a su nue - va posición con calor y toalla. Los movimientos dentales se pro -

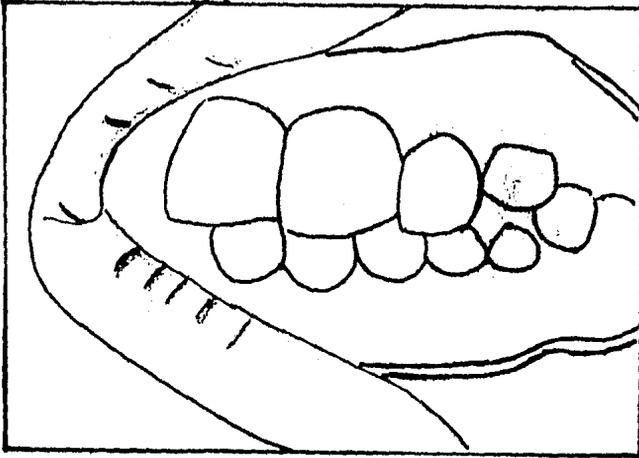
ducen lentamente, porque el paciente solo lo lleva un tercio - - del tiempo. Este movimiento es de naturaleza puramente fisiológica, ya que usa los músculos del paciente.

Si el labio superior es corto, pueden unirse de noche los labios con cinta adhesiva, al llevar el instrumento.

El uso de protectores bucales favorece hábitos de mejor postura labial y de respiración. En algunos casos, influye incluso en las piezas maxilares posteriores, para que estas se muevan distalmente, lo que ayuda a disminuir la gravedad de una distoclusión incipiente.

Cuando las piezas anteriores en protusión no tienen espacios de - - beran ser supervisadas por un ortodoncista.





BRUXISMO:

Es otro hábito observado en los niños que consiste en frotarse -- los dientes entre si.

Este es generalmente un hábito nocturno, producido durante el sue^ño, aunque también se observa cuando el niño está despierto.

La etiología se desconoce pero se cree que tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o -- morderse las uñas.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas -- como: corea, epilepsia, meningitis, y trastornos gastrointesti -- nales.

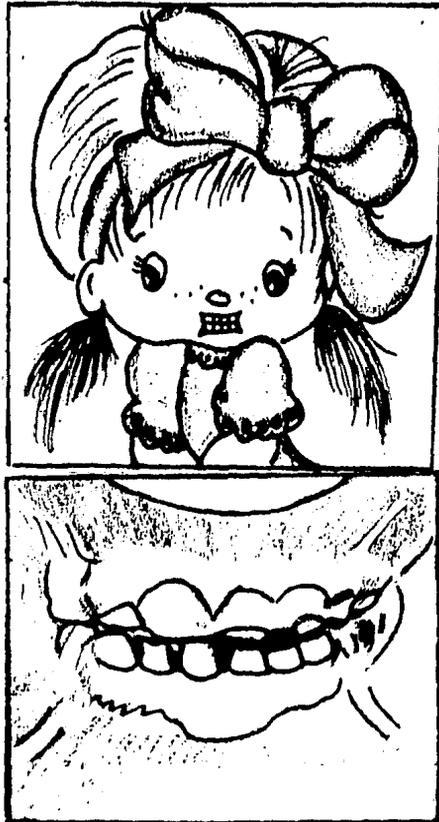
EFFECTOS DENTALES:

El niño puede producir atricción considerable de las piezas, y --

puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

TRATAMIENTO:

Entra en el campo del médico familiar, psiquiatra y odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de este modo, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.



MALOCLUSIONES:

La maloclusión es la oclusión defectuosa de los dientes superiores sobre los inferiores, cuando uno o más de los impulsos naturales hacia el crecimiento ideal del aparato masticatorio están impedidos.

ETIOLOGIA:

Causas generales como son: genéticas, congénitas y ambientales.

Causas locales.

Causas locales:

Entre las más importantes se encuentran: pérdida temprana de dientes temporales, la retención prolongada de éstos, dientes supernumerarios, pérdida temprana de dientes permanentes, erupción desordenada de permanentes, quistes y tumores de encías y maxilares, hábitos nocivos como: succión de pulgar y labios, mordedura de labios, lengua u objetos, respirador bucal, bruxismo etc.

Cualquier obstrucción persistente de la respiración normal interfiere el desarrollo armonioso de los elementos oclusales: dientes, bordes alveolares y músculos. Además los sujetos que respiran por la boca no mastican apropiadamente y por eso las diversas estructuras no se desarrollan bien.

CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES SEGUN ANGLE:

NEUTROCLUSION O CLASE I DE ANGLE:

El arco dental inferior y el cuerpo de la mandíbula se encuentran en relación normal mesiodistal respecto al arco dental superior.

La cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior cierra en el surco bucal del primer molar permanente inferior, cuando el maxilar y la mandíbula se encuentran en posición de reposo y los dientes se aproximan en oclusión céntrica.

DISTOCLUSION O CLASE II DE ANGLE:

Es cuando el arco dentario inferior y el cuerpo de la mandíbula se encuentran en relación distal respecto al arco dental superior. La cúspide mesiobucal del primer molar permanente inferior ocluye en el espacio comprendido entre la cúspide mesiobucal del primer molar permanente y la cara distal de la cúspide bucal del segundo premolar superior.

división 1 : Los incisivos inferiores hacen protusión o sea labioversión.

sub. división 1 : Es unilateral, un lado es distal.

división 2 : Los incisivos centrales inferiores se encuentran por detrás de los superiores, con los laterales en labioversión.

sub. división 2 : Es unilateral.

MESIOCLUSION O CLASE III DE ANGLE:

El arco dentario inferior y el cuerpo de la mandíbula, se encuentran en situación mesial bilateral, respecto al arco dentario superior. Las cúspides mesiobucales del primer molar permanente superior, ocluyen en el espacio comprendido entre la cara distal de las cúspides distales de los primeros molares permanentes inferiores y la cara mesial de las cúspides mesiales de los segundos molares permanentes inferiores.

sub. división 3 : Unilateral

MALOCLUSIONES DE LA PRIMERA DENTICION PROVOCADAS POR HABITOS Y Y OTRAS CAUSAS:

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR:

La posición desviada hacia el paladar (linguoversión) de uno o más incisivos deciduos superiores es lo que comúnmente se llama mordida cruzada anterior. Puede ser local y se caracteriza por buena relación entre los molares y por arcos dentales armoniosos. La relación defectuosa de los incisivos puede ser en este caso: alteración del desarrollo efecto de hábitos nocivos, de mal funcionamiento, o de naturaleza endócrina. Por otra parte, puede constituir un signo de prognatismo de la mandíbula en el cual el arco dental inferior y los molares se encuentran en posición mesial respecto a los superiores (Clase III).

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR:

Consiste en la posición palatina o linguoversión de los dientes superiores posteriores, respecto a los inferiores. Esta maloclusión es uni o bilateral y puede acompañarse de desviación de la mandíbula. Una prótesis muy alta, un diente doloroso o un hábito nocivo causan también ésta desviación indeseable.

DISTOCLUSION (Clase II):

Comúnmente resulta de factores hereditarios, hábitos nocivos, o medio ambiente desfavorable.

No es tan frecuente en la dentición primaria como en la permanente.

MALOCLUSIONES DE LA DENTICION MIXTA PROVOCADAS POR HABITOS Y OTRAS CAUSAS:

MORDIDA PROFUNDA:

La sobremordida vertical excesiva o profunda puede asociarse con maloclusiones I, II, III, aún cuando es más común en la clase II, la mordida profunda se relaciona casi siempre con la erupción alta de los incisivos superiores y menos frecuente con la erupción baja de los molares y la erupción alta de los incisivos inferiores. Durante la dentición mixta algunas mordidas profundas son transitorias entonces los incisivos permanentes inferiores y superiores ya han brotado totalmente, pero los molares de

ciduos están incluidos y sus sucesores no están presentes. Cuando los premolares llegan a la línea de oclusión la mordida puede abrirse hacia la parte anterior. Los factores predisponentes son: pérdida temprana o retención prolongada de los dientes deciduos, dientes supernumerarios, caninos impactados, ausencia congénita de dientes, hábitos nocivos y procesos patológicos diversos.

MALOCCLUSIONES DE LA SEGUNDA DENTICION POR HABITOS Y OTRAS CAUSAS:

La mayor parte de las maloclusiones de la primera dentición y dentición mixta se observan también en la segunda dentición.

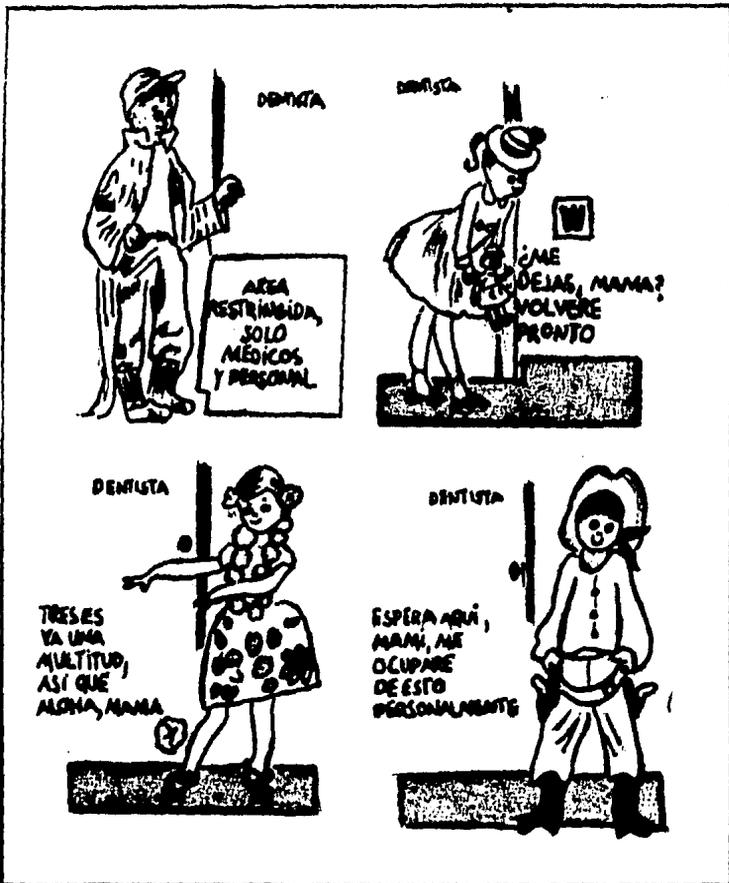
OCLUSION TRAUMATICA:

Es un esfuerzo oclusal anormal que es capaz de producir una lesión paradontal se presenta cuando el mecanismo de protección es afectado, cuando los músculos y huesos son afectados, cuando hay una excitación neuromuscular desorganizada, fuerzas asimétricas en los músculos maseteros y temporales, bruxismo y maloclusión.

BRUXISMO:

También se conoce como "rechinido de dientes" trae como consecuencia desgastes traumáticos y una hipertonia acompañada de dolor muscular.

CAPITULO V
INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LA CONDUCTA POSITIVA
O NEGATIVA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL



INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LA CONDUCTA POSITIVA
O NEGATIVA DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Las actitudes paternas, pueden determinar si un niño será dócil u hostil, cooperativo o rebelde.

En la mayoría de las ocasiones el comportamiento de los niños - en el consultorio será un reflejo de la actitud de los padres - con ellos.

La influencia, comportamiento y responsabilidades paternas en el manejo del niño en el consultorio dental, es importante, ya que - es preciso llevar a los padres a comprender que una vez que el - niño está en el consultorio quien mejor sabe como prepararlo emo- cionalmente para su tratamiento, es el dentista.

Por lo que el padre debe tener plena confianza en él y confiarle el niño a su cuidado.

Cuando el niño entra en la sala de tratamiento, el padre no debe hacer gesto alguno en cuanto a guiarlo, a menos que el dentista - lo invite a ello; la mayoría de los niños se comportan mejor le- jos de sus padres. Sin embargo, hay ocasiones en que la presencia de un padre inspira confianza al niño.

Si se invita al padre a pasar al consultorio deberá asumir el pa- pel de un testigo pasivo y sentarse o estarse de pie lejos del -- sillón dental.

No debe hablarle al dentista ni al niño excepto en casos que el dentista se lo pida, ni debe tomar la mano del niño. Mirarlo con simpatía ya que su expresión refleja temor.

Nada es más perturbador para el manejo exitoso del niño que el hecho de que el padre le esté demostrando compasión.

Los niños que se presentan como pacientes son productos que ejemplifican el ambiente hogareño y las actitudes de los padres. Por la conversación, interrogatorio y observación se puede evaluar el ambiente del hogar, el patrón de conducta y las normas de comportamiento requeridas por el padre.

ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO:

A causa de una cantidad de factores emocionales relacionados con experiencias pasadas o con dificultades actuales, la actitud protectora de los padres puede tornarse excesiva e interferir la educación normal del niño.

SOBRE PROTECCION :

Por lo general este niño no usa su propia iniciativa ni toma decisiones por si mismo. Se fuerza la ayuda al niño para cualquier tarea minúscula que emprenda, la madre toma parte activa en sus actividades sociales. Se le restringe los juegos y las labores por temor a que se lastime, enferme o adquiera malos hábitos de sus compañeros.

INDULGENCIA EXAGERADA:

Los padres indulgentes en exceso o que colman de comodidades a sus hijos suelen hacer que les resulte difícil adaptarse al me -
dio social.

Estos niños no han sido forzados a afrontar la realidad moral, -
de modo que se forman exigentes de atenciones, afectos y servi -
cios. Ya que se les hace sentir superiores a los demás; se vuelven -
desconsiderados egoístas, empecinados y tiránicos.

CELO EXCESIVO:

Esta actitud se caracteriza por una preocupación excesiva por el
niño como resultado de una tragedia familiar provocada por acci -
dentes o enfermedades.

Por lo tanto no se le permite al niño que juegue o trabaje solo.-
la mas mínima enfermedad es enormemente exagerada y frecuentemente -
se pone al niño en cama sin necesidad.

Se adueña de estos niños una preocupación creciente por su salud
y carecen de capacidad para tomar decisiones por si mismos.

Estos niños suelen ser tímidos, vergonzosos y miedosos.

Estos pacientes estimulándolos y dándoles seguridad suelen responder -
en forma satisfactoria.

AUTORIDAD EXCESIVA:

Los padres en esta actitud exigen a sus hijos una responsabilidad excesiva que es incompatible con su edad cronológica. Y el continuo afán de molestarlos y criticarlos provoca sentimientos de evasión y resentimiento, sumisión e inquietud.

El niño opone resistencia, a los intentos de imponerle un plan de acción, que se manifiesta como tensión física y retirada entre — cualquier forma de acercamiento. Puede adoptar una actitud hastiosa que no se modifica ni por la razón o la persuasión.

DESAFECTO:

La indiferencia de los padres, en la que queda poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales y económicas. Por incompatibilidad entre los padres, por celos, o por presencia de padrastrós, puede conducir a un sentimiento de inseguridad por parte del niño, ya que él necesita interés, estímulo o guía por parte de sus padres. Este niño es asustadizo, es indeciso y tímido, propenso a llorar fácilmente.

El niño puede desarrollar malos hábitos como negarse a comer, morderse las uñas y también puede estar malhumorado.

RECHAZO:

En ocasiones los niños son rechazados; ya sea por celos entre los padres, porque lo esperaban de otro sexo, por inmadurez de los — padres que carecen de responsabilidad. Estos niños por lo gene---

ral son egoístas, resentidos, vengativos, hiperactivos, desobedientes. Los arranques del mal humor, las mentiras y los robos son frecuentes.

Estos niños suelen ser exigentes, en lo posible, sus deseos deben ser respetados ya que están muy necesitados de atención y bondad.

HIJO UNICO:

Con un solo hijo, los padres suelen ser demasiado cariñosos, protectores e indulgentes. El niño responde siendo tímido, miedoso y retraído.

NIÑO ADOPTADO:

La tendencia de los padres hacia estos niños es ser demasiado cariñosos y considerados, debido al posible comentario que pueden hacer amigos y vecinos. Con el resultado de un niño tímido, miedoso y retraído.

CONSEJOS A LOS PADRES:

El odontólogo al asegurarle al padre que su hijo entrará al consultorio sin vacilaciones ni miedo, le será de gran tranquilidad saber que no serán necesarias medidas disciplinarias extremas, ya que el niño participará voluntariamente en su nueva experiencia. El aconsejar a los padres acerca del tratamiento dental, debe

comenzar de preferencia antes de que los niños sean bastante ---- grandes, como para ser impresionados por influencias externas. Los consejos podrán darse en escala masiva ya sea por diversos - medios o individualmente.

- 1).- aconsejar a los padres que no manifiesten sus propios - temores frente al niño. La causa primaria del temor en los niños es escuchar las quejas de los padres por sus propias experiencias en el consultorio; y no mencionando sus propios momentos desagradables, podrá evitar el miedo en sus hijos, explicándoles de manera sencilla y agradable como se lleva en la actualidad un tratamiento dental, por sus adelantos en la técnica dental y -- el alivio del dolor, así como el manejo y el conocimiento del niño.
- 2).- aconsejar al padre que nunca utilice la odontología --- como amenaza de castigo. Ya que el castigo está asociado en la mente del niño con lo desagradable y el dolor.
- 3).- aconsejar a los padres que familiaricen a sus hijos con la odontología llevándolos al dentista, para que se --- acostumbren al mismo y surja una amistad entre ambos. El odontólogo debe cooperar plenamente, mediante un saludo cordial al niño y con una visita a todo el consultorio.

- 4).- aconsejar a los padres acerca del medio hogareño conveniente y la importancia de las actitudes modernas en la creación del niño de buenos ajustes; ya que en estas condiciones serán buenos pacientes dentales.
- 5).- recalcar a los padres el valor de un cuidado dental regular, no solo desde el punto de vista de la conservación de los dientes sino por la formación de buenos pacientes dentales.

El peor momento psicológico para llevar un niño al dentista es cuando está padeciendo una odontalgia.
- 6).- aconsejar a los padres que no sobornen a sus hijos para que vayan al dentista.

Este método podría dar a entender al niño que hay una posibilidad de peligro.
- 7).- instruir a los padres para que nunca avergüencen o ridiculicen a sus hijos para dominar el temor al tratamiento dental.
- 8).- El padre debe saber la necesidad de combatir todas las impresiones perjudiciales con respecto a la odontología que pudieran provenir de fuera de su casa.
- 9).- El padre no debe asegurar al niño lo que hará o que no hará el odontólogo. No debe situar a éste en una situación comprometida donde se ve limitado en lo que pueda hacer por el niño. Ni deben los padres prometer al ni-

ño que el dentista no les hará nada pues el mentir - sólo lleva a decepciones y desconfianzas.

- 10).- Varios días antes de la cita el padre deberá saber - que tendrá que llevar en forma casual al niño, dicien dole que ha sido invitado a visitar al dentista. Nunca deberá forzar este tema, ni mostrar un exceso de - simpatía, demostrar temor o recelo en su voz y en su conducta.
- 11).- El padre deberá confiar al niño al cuidado del dentista una vez que ha llegado al consultorio y no debe entr ar a la sala de tratamiento a menos que así lo solici te el dentista. Una vez dentro, deberá actuar nada--- más como un espectador.

CONCLUSIONES

La relación del niño con sus semejantes está dotada e influen --
ciada por la acción de la madre durante el periodo de lactancia,
aumentando paulatinamente en su desarrollo a medida que va adq --
quiriendo nuevos conocimientos y experiencias.

El odontólogo debe conocer los diferentes tipos psicológicos de --
niños para tratarlos con eficacia y lograr de éstos su cooperaci --
ción obteniendo éxito en el tratamiento de cada uno de ellos.

Tratar de que el individuo cree una mejor imágen de los problem --
as y piense de esta manera en la rehabilitación inmediata de --
él y sus familiares, para que obtengan una buena función y una --
posición dentaria adecuada.

Los hábitos orales no deben ser tratados con exceso, ni demasiad --
o temprano ya que hay algunos que funcionan como un importante --
soporte psicológico para el niño, por lo que deberá orientársele
psicológicamente. Otros funcionan como aquellos que persisten a --
pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo que
éste parece proporcionarle y en estos casos se realiza la correcci --
ón del hábito por medio de instrumentos.

Es de gran importancia para el odontólogo tomar en cuenta de que
el niño deberá mostrar un sincero deseo de corregir el hábito --
antes de aplicarle el aparato.

Es deber del odontólogo aconsejar a los padres respecto de los posibles efectos dentales y métodos existentes para la corrección del hábito.

También está obligado el odontólogo a remitir a la familia a las personas capaces, médicas o psicológicas, para efectuar el tratamiento de los casos más avanzados.

La función de los padres es esencial, puesto que ellos son a la vez los primeros compañeros de su hijo y los primeros modelos de su sensibilidad.

Los padres influyen en el niño por su comportamiento, y a la vez por su grado de comprensión, por sus sentimientos conscientes y por sus reacciones subconscientes. De aquí la doble necesidad de que los padres se conozcan a sí mismos y conozcan también la psicología del niño.

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

FINN, SIDNEY B.

Odontología Pediátrica

Cuarta edición

Editorial Interamericana

ARTHUR P. NOYES, LAURENCE C. KOOL

Psiquiatría Clínica Moderna

F. PASCUAL DEL RONCAL

Manual de Neuropsiquiatría Infantil

RALPH E. Mc. DONAL

Odontología para el niño y el adolescente

Editorial Mundi

JEORGES MAUCO

Educación de la sensibilidad en el niño

Editorial Aguilar

JOAN WEYMAN

Odontología para niños impedidos

Editorial Mundi