



J.F.
336

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala - U.N.A.M.

Carrera de Odontología

**LOS HABITOS ORALES INFANTILES Y SU EFECTO
SOBRE EL DESARROLLO DE LOS DIENTES
Y EL MAXILAR**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA MAGDALENA VEGA SEGURA
SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1979



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 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.

P R O L O G O

ES INDUDABLE LA IMPORTANCIA QUE EN LA ACTUALIDAD CONSIDERAMOS A LOS PROBLEMAS DEL NIÑO EN TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA Y BUSCAMOS LA SOLUCION A ELLOS EN UNA BASE FUNDAMENTAL DE LA SALUD FISICA, MENTAL Y SOCIAL QUE NOS HA CONSTITUIDO UN ESTADO PERFECTO DE LA SALUD PARA EL INDIVIDUO.

EL CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA DE LOS HABITOS ORALES INFANTILES ES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA PARA NOSOTROS LOS CIRUJANOS DENTISTAS DADA LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA EN LA PRACTICA PROFESIONAL, CON LA SUBSECUENTE REPERCUSION SOBRE LA BASE FUNDAMENTAL DE SALUD DE LA VIDA DEL NIÑO, MANIFESTADA EN LA BOCA Y LAS DEFORMACIONES BU-CODENTARIAS QUE EN LA PERSISTENCIA DE HABITO OCASIONA EL PACIENTE.

EL CASO DEBE ABORDARSE INTELIGENTEMENTE PARA QUE EL CONSEJO QUE SE DE A LOS PADRES, EN LA CORRECCION DEL PROBLEMA SEA EFECTIVO.

DE ESTO DEPENDERA EL EXITO O FRACASO EN EL TRATAMIENTO-

DE NUESTRO PACIENTE TANTO EN EL PROBLEMA DEL HABITO O -
RAL COMO EN MUCHOS DE LOS CASOS EL EQUILIBRIO PSIQUICO.

EN EL DESARROLLO DE ESTA TESIS SE HARA MENCION LAS CAU-
SAS Y TRATAMIENTOS PARA ELIMINAR LOS PROBLEMAS DE LOS -
HABITOS ORALES INFANTILES Y SU EFECTO SOBRE EL DESARRO-
LLO DE LOS DIENTES Y EL MAXILAR ASI COMO LA CORRECCION-
POR METODOS ORTODONTICOS: POR LO TANTO, SE PRESENTARA -
UNA EXPOSICION NO PROFUNDA DADA MI POCA EXPERIENCIA, PE
RO SI UN PANORAMA GENERAL AL DE LOS CONOCIMIENTOS QUE -
EL CIRUJANO DENTISTA DEBE TENER PARA LA COMPRESION DE-
LOS FACTORES QUE LLEVAN AL NIÑO A LA INICIACION DE UN -
MAL HABITO ORAL.

HABIENDO HECHO INVESTIGACIONES EN CONSULTORIOS DENTALES
PARTICULARES Y EN CLINICA DE LA U N A M.

SACANDO EN CONCLUSION QUE LOS TRASTORNOS BUCODENTARIOS-
SUBSECUENTES DE LA ACTIVIDAD QUE HAY QUE ADAPTAR PARA -
LA ELIMINACION DEL FACTOR PRINCIPAL QUE GENERALMENTE ES
DE INDOLE PSICOLOGICO.

I N D I C E

CAPITULO 1

FACTORES QUE INFLUYEN A LA INICIACION DE LOS HABITOS --
INFANTILES.

A).- HABITOS NERVIOSOS AUXILIARES

B).- RESPIRAR CON LA BOCA

C).- MORDERSE LAS UÑAS.

CAPITULO II

HABITOS COMPULSIVO Y NO COMPULSIVO

A).- DIAGNOSTICO

B).- TRATAMIENTO

CAPITULO III

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS

A).- CHUPARSE EL LABIO

B).- CHUPARSE LAS UÑAS

C).- CHUPARSE LOS DEDOS

CAPITULO IV

LOS HABITOS Y SUS ALTERACIONES SUBSECUENTES:

- A).- PROTRUSION DE LOS DIENTES PERMANENTES
- B).- MALOCCLUSION.

CAPITULO V

PREVENCION Y TRATAMIENTO.

CAPITULO VI

METODOS DE ADIESTRAMIENTOS EXTRABUCALES

- A).- EJERCICIOS DE LA LENGUA
- B).- EJERCICIOS CORRECTIVOS
- C).- EJERCICIOS DE WILSON PARA LOS MUSCULOS FACIALES.
- D).- EJERCICIOS DE ROGERS PARA EL ORBICULAR DE LOS LABIOS

CAPITULO VII

METODOS PSICOLOGICOS PARA EDUCAR AL NIÑO

- A).- DIAGNOSTICO
- B).- TRATAMIENTO

CAPITULO VIII

TIPOS DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES

- A).- TRAMPA DE PUNZON
- B).- TRAMPA DE RASTRILLO
- C).- TRAMPA LINGUAL.

CAPITULO IX

USOS DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA REHABILITACION INTRABUCAL.

C A P I T U L O I

FACTORES QUE INFLUYEN A LA INICIACION DE LOS

HABITOS INFANTILES.

CAPITULO I

FACTORES QUE INFLUYEN A LA INICIACION DE LOS HABITOS INFANTILES

Es esencial examinar y fijar la atención en los factores que pueden producir malos hábitos en los niños antes de analizar una deformación bucodentaria.

El conocimiento actual de la odontología infantil es dar salud dental al niño en lo físico, lo emocional o psíquico y en lo social. El concepto de salud de la organización mundial de la salud, obliga al Cirujano -- Dentista ya sea especializado o general a ver cualquier problema del niño desde estos puntos de vista, así a un niño con un mal hábito oral, debe estudiarsele emocionalmente si es posible desde la vida intrauterina. Para esto el odontólogo tendrá que trabajar de acuerdo con la opinión del psiquiatra si el problema del niño es severo.

Se han hecho investigaciones acerca de la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo en el niño, a estos estudios se les ha dado el nombre -

de psicología prenatal. Aquí se toma en cuenta desde - si la concepción ha sido deseada, hasta cualquier trastorno que pudiera ocurrir durante el embarazo. Aunque - un embarazo sea considerado tranquilo, sin tensiones - emocionales, siempre hay un golpe terrible del que ningún niño se salva y que se debe tomar muy en cuenta como factor fundamental para la iniciación de un hábito, este primer shock traumático es el nacimiento.

¿Alto? ¿bajo? un porcentaje de nacimientos presentan complicaciones más o menos serias como pueden ser - cuadros de apnea, hipoxia o asfixia después de un parto traumático, el niño empieza a sufrir muchas veces por - horas, antes del nacimiento. La cesárea podría considerarse menos traumática para el niño, que el parto, pero muchas veces cuando hay necesidad de hacerla el feto - ya ha sufrido mucho.

Durante la gestación, el feto se encuentra rodeado de las mejores condiciones. De la madre toma todo lo necesario para desarrollarse y crecer, hasta que viene el traumatismo del nacimiento. Así el niño al nacer empieza a tener necesidades, la más urgente es la alimenta--ción y vuelve a unirse a su madre a través de la lactanción

cia. Solo una parte del cuerpo del recién nacido percibe esa unión, la boca.

La lactancia, que se efectúa por medio de la succión, es un acto que el recién nacido efectúa a la perfección, y es otro factor fundamental que se debe tomar en cuenta para la explicación de un mal hábito oral.

Cuando la lactancia es dada fríamente por la madre, la experiencia que ocasiona varía en el niño, y el lactante puede llegar hasta sentir angustia. Sin embargo, una lactancia dada al niño con ternura en completa entrega de la madre al hijo causa en el niño seguridad, tranquilidad y hasta euforia.

Por otra parte una actitud de rechazo por parte de la madre es un estímulo emocional fuertemente negativo, que ocasiona al niño un estado de angustia. De ahí que la actitud de la madre en el acto de la lactancia es tan importante como la calidad de la leche.

La lactancia artificial puede ser perfecta desde el punto de vista químico pero no desde el punto de vista efectivo. De otra manera, la madre que puede tener suficiente leche en sus senos para llenar las necesidades nutritivas del niño, en los primeros meses de vida-

extrauterina, y no existir la afectividad suficiente de parte de ella al hijo en el momento de la lactancia.

Un biberón dado con verdadero cariño maternal, con entrega de la madre al hijo, vale más que una lactancia natural que no es dada con suficiente afecto.

Así, una mala atención al niño por parte de la madre a la hora de tomar sus alimentos, ocasiona en él una -- frustración que puede irse agravando cada vez más hasta el grado de efectuarse una sustitución del pezón por el dedo. Púes succionando encuentra placer y consuelo, -- por lo que el dedo es llevado a la boca y con ello se -- inicia el hábito.

El recién nacido necesita atención esmerada por parte de la madre, cuando es el primer hijo la mayoría de las veces la tiene, y si las ocupaciones de la madre -- dentro o fuera del hogar se lo permiten. Cuando es el segundo o tercer hijo, generalmente es menos atendido -- que los primeros, en este caso es fácil que se produzca un estado de tensión emocional en el niño que lo presione a buscar escape en un hábito oral, por lo que es factable que el niño en esta situación se succione el pulgar u otros dedos.

Puede ocurrir también que el primogénito se sienta relegado a un segundo término a la llegada de un nuevo hermano, y forzosamente tendrá que ser menos atendido - pues dejará de ser el centro de la atención, pudiéndole ocasionar esto un estado de angustia más o menos grave, que puede terminar en un mal hábito oral como escape.

Es común observar a dos o tres hermanos con poca - diferencia de edades y con un mismo hábito oral, como - por ejemplo: succión del pulgar, morderse las uñas succión del labio, etc. en un caso así, se puede pensar que los hermanos menores poseen el hábito por imitación, -- pero puede ocurrir que a todos les afecte el mismo problema emocional.

Un examen muy minucioso podría explicar la causa - pero hay que tomar en cuenta el factor imitación, porque hay una edad en que los pequeños son imitadores por excelencia, que fluctúa entre los nueve meses y medio - aproximadamente.

La falta de estabilidad en el hogar por tensiones de los padres, como son: discusiones, pleitos , etc. -- asuntan al niño provocando en él, angustia e inadaptabilidad que puede refugiarse en el placer que le produce-

un hábito oral. Se ha considerado al niño como, "el representante de la tradición neurótica de la familia".

Se ha mencionado que la succión es manejada a la perfección por el recién nacido, pues el succionar le produce placer la sensibilidad de su boca es exquisita, por lo que cualquier objeto que la roce provoca en él un reflejo de succión, por tanto si succionando encuentra placer, es muy fácil explicar el por qué puede instituirse un hábito de succión si lo único que sabe hacer el recién nacido es eso.

Se ha mencionado también que la falta de experiencia de la madre con el primer hijo en el acto de la lactancia, puede ser motivo para la iniciación de un hábito de succión; como sucede cuando en las primeras veces que se le dá el pecho al niño, no se sabe calcular cuando ésta ha quedado satisfecho y se le quita el pecho antes. En esta situación el niño desea seguir succionando y continúa haciéndolo con su mano.

El destete es otra causa de gran trascendencia que hay que tener muy en cuenta. No hay que considerar al destete únicamente como un cambio de alimentación, para el niño es mucho más que eso, significa la pérdida de -

una gran seguridad y tranquilidad.

El niño sigue teniendo unión con la madre después del nacimiento a través de la lactancia; esta unión se pierde con el destete.

Si no se ha tenido la suficiente delicadeza para lograr esa separación de una manera sutil, el niño quedará frustrado.

En muchas ocasiones ocurre que esa frustración encuentra consuelo y refugio en el placer que dá al niño un hábito de succión.

En los primeros días de vida, y sin exagerar en las primeras horas de vida, la mayoría de las veces se inician los hábitos de succión, éstos son succión del pulgar u otros dedos, succión de labio y succión de carrillo o de cuerpos extraños; como por ejemplo: almohadas u otros objetos, juguetes, chupones, la manga de la camisa, etc.

Otro tipo de hábitos pueden iniciarse a una edad mas avanzada, como por ejemplo: respiración bucal, onicofagia, apertura de orquillas, hábitos nerviosos auxiliares, etc.

Algunos de estos hábitos se inician cuando algún hábito de succión ha sido roto bruscamente, y el paciente se refugia en un nuevo hábito que puede ser más perjudicial que el que poseía al principio.

Hay que considerar de sobremanera la actitud de los padres ante el niño que se succiona el dedo, el labio, etc.

Pués de esto dependerá muchas veces un hábito que al principio no era representativo en el niño de un conflicto, se haga un serio problema de culpa.

Otro tipo de hábito que también se presenta es el intrauterino, el cual puede observarse gracias al aparato radiográfico construido por el Dr. Arthur Liley, y en el que se puede ver que este tipo de hábito generalmente se presenta después de los cuatro meses y medio, cuando el niño empieza a tener movimientos, y en estos casos es el de succión del pulgar como se muestra en las figuras siguientes:

Estos casos aunque no muy frecuentes se deben a factores emocionales durante la gestación:



Un feto de vida a través del cordón umbilical llegan hasta el embrión donde los plásmidos se embarcan para su supervivencia



A). HABITOS NERVIOSOS AUXILIARES

Estos hábitos son ejecutados por el niño y se asocian con frecuencia a la succión, siendo condición necesaria llevarla a cabo con la ayuda de la mano libre, -- acariciarse el pelo, jalarse el pelo, jalarse el cuello del vestido o rascarse las fosas nasales.

La observación es muy importante con anterioridad al análisis de la deformación que ha ocasionado el hábito y se debe tratar de hacer todo lo posible por observar al niño en el acto de la succión.

Existen muchas formas de que los niños suelen succionarse el dorso de la mano, los dedos y a veces adoptan posiciones de las más raras para evitar demostrar -- que poseen ese hábito.

Con respecto a la ventaja de la substitución del -- dedo por el chupón de goma, existen distintos conceptos: uno de ellos enuncia que la fuerza producida por el brazo del pequeño queda suprimido por la livianidad de la goma, lo cual no causará maloclusión. Sin embargo si la goma es demasiado dura se pueden producir marcadas de--formaciones.

Otra ventaja que se le adjudica a la sustitución es- que generalmente si el pequeño es mandado al jardín de ni- ños, lo abandona en la edad preescolar.

Lo ideal sería el uso de chupones y mamilas diseña-- das en forma adecuada, para evitar cualquier tipo de de-- formación de tejidos blandos o duros de la boca del niño.

Sin embargo hay que tener presente que el cambio - - del dedo por el chupón, siempre debe llevarse a cabo en - forma delicada, sin que para el niño signifique una impo- sición porque de este modo tal vez lo único que se logre- sea aumentar la frustración manifestada por el hábito.

En muchas ocasiones el pequeño adquiere el hábito de succionar la mamila después de terminar el alimento produ- ciéndose una mordida abierta, esta maloclusión es pareci- da a la del chupeteo, este hábito es como el del chupón,- normalmente son dejados en épocas en el que el crecimiento y desarrollo dental, con su fuerza natural hacen desapare- cer dicha maloclusión. Pero también existen casos, en los cuales el niño usa la mamila hasta la edad de los siete - años o más, haciéndose imposible ya la desaparición de -- las alteraciones producidas a la maloclusión del niño.

B). RESPIRAR CON LA BOCA

La respiración es un reflejo innato que aparte de la autocompresión pulmonar abarca músculos de la cara y de la boca, la respiración bucal puede considerarse dividida en dos clases: la primera, respiración bucal por obstrucción la segunda respiración bucal por hábito.

La respiración por obstrucción es observada en los niños con ventilación entorpecida o una obstrucción total del pasaje del aire a través de las vías nasales. Por la dificultad de inspiración expiración, el pequeño se ve obligado a respirar por la boca. Estas alteraciones son producidas por la desviación del tabique nasal, por presencia de vegetaciones adenoideas que se forman a consecuencia de catarrros crónicos, alergias, inflamaciones, congestión crónica de la mucosa nasofaríngea, etc.

La respiración por hábito, se presenta en niños que aunque se les haya quitado la obstrucción, respiran en forma constante por la boca, pero hay que hacer notar que -- también hay niños que permanecen con la boca abierta todo el día y no presentan respiración bucal.

El síndrome típico de la respiración bucal se caracteriza por la contracción de la dentadura superior, hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, apilamiento en

ambas arcadas de los dientes anteriores, hipotonía y acortamiento aparente del labio superior y frecuentemente sobre mordida notable.

El tejido gingival también se altera, produciéndose hipertrófia de la encía y gingivorragia . A estímulos pequeños estos pacientes tienen una apariencia característica conocida como: Facie adenoidea.

Casi todos los respiradores bucales pueden respirar por la nariz, pero al hacerlo se notará que la dilatación de las aletas nasales no cambian gran cosa, contrastando con el notorio dilatamiento nasal del respirador normal.

Es notable también la separación de los labios del respirador bucal en los lapsos de descanso. Este hecho le permite respirar.

Para su tratamiento recomendamos la diafragma oral - como se ve en la fig.siguiente.



C). MORDERSE LAS UÑAS

El hecho de morderse las uñas persigue una secuencia de posturas diferentes: como por ejemplo la figura sig.



La colocación de cualquiera de las dos manos cerca, - de la boca, luego el dedo golpea rápidamente contra los - dientes anteriores seguido de una serie de mordeduras rá- - pidas y espasmódicas con las uñas del dedo apoyada fuerte - mente contra el borde incisivo de los dientes, el niño re - tira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visual - mente y lo palpa.

Durante este tiempo que dura esta serie de movimien - tos el rostro adquiere una expresión grave. Y si el niño - se dá cuenta de que lo observan, interrumpirá la actividad.

Este hábito se observa también con frecuencia cuando se muerde un lápiz u otros objetos.

Con frecuencia los niños manifiestan una tensión nerviosa bastante alterada es común que presenten un desajuste social psicológico de mayor importancia que el hábito en sí, pues este solo constituye un síntoma de un problema fundamental.

Este hábito tiene su iniciación entre los cuatro y cinco años de edad teniendo su máximo en la pubertad y rara vez se observa a los treinta. Se deberá esforzar por reducir la tensión del ambiente y aumentar la confianza en el individuo y con ello aliviar las tensiones internas.

El Cirujano Dentista procurará estudiar a todo niño si es posible, en los factores psicológicos que actúan sobre él y durante el tratamiento deberá procurar ante todo eliminar los factores emocionales que son causa del acto. No deberá recurrir a la amenaza o al castigo, y se recomienda la ayuda afectuosa de los padres y de quienes lo rodean para su tratamiento.

C A P I T U L O I I

H A B I T O S C O M P U L S I V O S Y N O C O M P U L S I V O S

CAPITULO II

HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

A).- DIAGNOSTICO

El hábito compulsivo, es aquel que es estimulado - emocionalmente por una frustración presente o pasada .- Cualquiera que sea el tipo de hábito de que se trate de penderá mucho la actitud de los padres y el profesional para establecer un exitoso tratamiento.

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando se ha conseguido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica -- del hábito cuando siente que su seguridad se ve amenaza da por los acontecimientos ocurridos en su mundo. Y -- tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corre gir este hábito.

Debe explicarse que este hábito compulsivo expresa una necesidad emocional profundamente arraigada, y que realizando este hábito le sirve de escudo contra la so ciedad que le rodea; es una válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíci--

les de soportar.

Por ejemplo: el niño acostumbra el hábito de succión de los dedos (especialmente del dedo pulgar), el labio morderse las uñas o succionarse el carrillo, etc.

Aunque las etiologías detalladas de los hábitos -- bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o debido a que el niño recibía poco alimento en cada toma, o que también pudo -- haber demasiada tensión en la alimentación.

El hábito no compulsivo, es aquél que no es impulsado emocionalmente y no suele ser perjudicial para el individuo.

Es útil como válvula de escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían produciendo trastornos psíquicos graves. En éste tipo de hábitos -- los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar nuevos hábitos.

B).- TRATAMIENTO

Antes de instituir un tratamiento debe cerciorarse

siempre de que tipo de hábito se trata; ya sea o no com pulsivo. Para esto se deberá examinar hasta donde sea - posible la causa por la que el niño practica el hábito-oral.

Al examinar el tipo de hábito de que se trate, se debe hacer todo lo posible para lograr de una manera no agresiva que el niño abandone el hábito y en determinadas circunstancias remitirlo al psiquiatra si el caso - lo amerita o instituir un tratamiento correcto de las a nomalías bucodentarias producidas por el hábito.

Y en caso de lesiones severas, remitirlo al orto-- doncista. Para descubrir la causa por la cual el niño - práctica un hábito oral, es posible solamente investi-- gando con cuidado el ambiente en el que el niño se está desarrollando. Cuando el cirujano dentista se le confía este tipo de problemas se debe hacer todo lo posible -- para poder encontrar la actitud que debe seguirse fren-- te al niño que presenta el hábito.

Lo primero que se debe hacer es un interrogatorio- a los padres para formarse una idea de las condiciones- en que vive el niño. Como por ejemplo:

1. Si son demasiado cariñosos con el niño

2. Si son demasiado consentidores
3. Si lo regañan mucho
4. Si son indiferentes con él.
5. Si se le dedican varias horas del día al cuidado del niño.
6. Si cuando llora tardan mucho en ir a verlo.
7. Si cuando se despierta en la noche, lo deja llorar mucho tiempo.

Con esta serie de preguntas se podrá dar cuenta con que tipo de niños se va a tratar.

En el caso de que el niño permanezca por mucho tiempo solo se aconsejará a los padres que traten de dedicarle el más tiempo posible, cuando los padres no puedan conseguir quien les cuide el niño y lo entretenga por muchas horas en el día.

En el caso de que sea hijo único y esté en edad de asistir al jardín de niños, se debe aconsejar a los padres que lo manden a éste para que de esta forma el niño busque distracción y así mismo entre en contacto con niños de su edad.

Es posible que con el interrogatorio completo se puedan dejar ver posibles problemas psíquicos o sospe-

char su existencia. Por lo tanto es obligación de todo cirujano dentista convencer a los padres de que deben buscar la ayuda del psiquiatra.

También se debe cerciorar si se trata de un hábito compulsivo o no compulsivo.

En algunos casos se puede observar que el niño - - succiona los dedos o el labio por pequeños ratos o únicamente antes de dormir, y al quedar dormido, él solo se saca el dedo de la boca, esto se considera un hábito no compulsivo lo cual no debe ser motivo de preocupación.

Los hábitos de esta naturaleza desaparecen por sí solos, debido al corto tiempo que las fuerzas y presiones que accionan sobre los dientes y los tejidos orales no causan ninguna anomalía. La obligación de todo cirujano dentista es sugerir a los padres que no se les reprenda cuando practiquen el hábito oral, ya que este tipo de hábito es normal y no es motivo de un problema psíquico.

Si por el contrario se observa que el niño practica el hábito prefiriéndolo a cualquier otro entretenimiento y que durante el sueño la succión es constante,-

hasta el grado de que el ruido provocado despierte a -- los padres, se tratará indudablemente de un hábito compulsivo que está motivado por un problema que lo afecta en su equilibrio emocional.

Muchos autores opinan que hasta los dos años nada debe hacerse para tratar de que el niño abandone el hábito de cualquier tipo de que se trate ya sea compulsivo o no compulsivo, sino que debe dejarse al niño chupar tranquilamente su mano y no se le debe molestar, -- asegurándose así con este proceder que el niño por sí mismo abandone el hábito ya que las deformaciones bucodentarias que a esta edad se encuentran, desaparecen con las fuerzas naturales del crecimiento y desarrollo.

Sin embargo tratándose de un hábito compulsivo es conveniente que antes de los tres años se investigue el motivo por el cual el niño practica el hábito. Se recomienda tratar de entretener al niño mejorando sus medios de distracción y dedicándole la mayor atención posible, sin que para esto se entienda que se deba tener al niño con una sobre protección.

Lo aconsejable para lograr que un hábito desaparezca, es investigar cuidadosamente el problema psíquico -

del niño que se exterioriza en la práctica del hábito oral y cuando este objetivo no esté al alcance del odontólogo, lo debe tratar el psiquiatra. Lo más recomendable es platicar ampliamente con los padres para descubrir el mal proceder de ellos hacia el niño, o descubrir la causa que evita la adaptación del medio en que vive el pequeño. Por separado se hablará con el niño convenciénolo de que acepte el tratamiento en beneficio de él.

Conseguido esto, entonces se colocará en su boca algún aparato como los descritos en el Capítulo VIII con el objeto de evitar que la maloclusión que se está produciendo avance. Así de esta manera se debiera proceder frente al problema grave de los hábitos orales.

C A P I T U L O I I I

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS

CAPITULO III

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS

A) CHUPARSE EL LABIO

El hábito de chuparse el labio puede observarse -- aislado o acompañado del chupeteo del dedo, por lo general es casi siempre el labio inferior pero puede observarse también el superior.

El chupeteo sigue una secuencia: el niño humedece el labio con la punta de la lengua después el labio inferior lo dobla hacia atrás, posteriormente la lengua se retrae y pasa la punta hacia adelante luego el labio inferior se aprisiona entre los incisivos de ambas arcadas y se ejerce una presión, mientras que el labio recobra lentamente su posición normal.

La fuerza que produce el labio al deslizarse sobre la superficie de los dientes produce la movilización de los incisivos superiores.

La repetición constante de este acto produce: labioversión de los incisivos superiores y linguoversión -- de los incisivos inferiores además de mordida abierta.

Al mismo tiempo, el labio más activo muestra traumatismos ya sea del chupeteo o de los mismos dientes, - éste tiende a verse a simple vista más enrojecido y húmedo.

Además cuando se observa el hábito en el labio inferior se encuentran áreas de hipertrófia producidas -- por la mordida de los incisivos superiores. En los casos en que el hábito es demasiado arraigado, la superficie labial de la mucosa alveolar inferior muestra áreas localizadas de envejecimiento y congestión debido al -- traumatismo; que aunque mínimo, es constante contra el hueso alveolar.

B). CHUPARSE LAS UÑAS

Este hábito de chuparse las uñas es una de las muchas causas de la mal posición dental debido a la succión ejercida por el constante chupeteo.

Las piezas dentarias son desplazadas por las presiones constantes y las palancas que se forman en el -- brazo del pequeño al ejercer el hábito.

Estos niños presentan una tensión nerviosa y adquieren a menudo este hábito, es frecuente que ocurra en --

ellos un desajuste socio-psicológico, que tiene mayor importancia clínica que el hábito, el cual solo constituye un síntoma de su propio problema fundamental.

C). CHUPARSE LOS DEDOS

El repetido y esforzado chupeteo de los dedos, acompañado de fuertes contracciones bucales y labiales, es el tipo de hábito más relacionado con las maloclusiones.

No se ha medido la cantidad de fuerza ósea, además de la fuerza de chupeteo existen otros factores como son de duración, frecuencia y posición del dedo.

En este hábito los aspectos clínicos se dividen en tres fases diferentes de desarrollo.

La fase uno o chupeteo normal de significación subclínica que comprende desde los tres meses a los cuatro años. En este período gran número de niños se chupan el pulgar ú otros dedos, especialmente al dejar de mamar y generalmente desaparece al terminar esta fase.

Pero si el pequeño muestra el chupeteo específico-vigoroso, se tomará una actitud profiláctica definida -

por el posible trastorno oclusal.

En este caso es menos perjudicial la administración del chupón de hule cuando menos desde el punto de vista dental, pero al final de esta fase es menos perjudicial que el chupeteo constante del dedo.

Klackember, cita un estudio en el cual menciona que ninguno de los niños a los que les había dado chupón desarrolló el hábito de succión de dedo.

La fase dos, el chupeteo con significación clínica. Se extiende desde los dos años a los cuatro, aquí es importante una mayor atención porque indica a veces ansiedad de significación clínica.

Por otra parte al final de esta fase, está la época en que el hábito tiene efectos sobre la dentición permanente.

La fase tres, está es considerada como fase de chupeteo intratable del pulgar y persiste después de los cuatro años.

En esta fase el hábito necesita una terapéutica dental y psicológica completa, y las consultas necesarias entre el dentista, el psicólogo, o médico para ha-

cer posible un resultado útil.

La importancia dada a esta fase, se basa en el hecho de que el hábito puede ser la manifestación de un síntoma, correspondiente a un problema más importante que referido a la propia maloclusión.

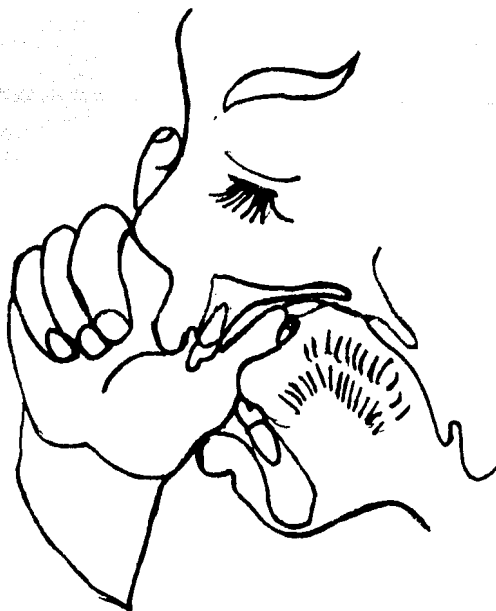
La relación que guarda el hábito con el hombre es muy importante ya que la succión es una actividad temprana, asociada a la ingestión de alimentos y a las reacciones que preceden al apetito, puede entonces formarse el hábito si los períodos existentes en la alimentación del niño son muy prolongados.

Los criterios sobre las consecuencias nocivas de los hábitos de succión de los dedos varían ampliamente, y se concuerda que si este 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 permanentes.

Pero si el hábito persiste durante el período de la dentadura mixta, se producen consecuencias desfigurantes la gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza de la frecuencia y duración de cada período de succión.

Debe aclararse que el desplazamiento de las piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

Primero la posición del dedo en la boca,segundo la acción de palanca que ejerza el niño contra las piezas- y el alveolo por la fuerza que genera, además de sucio nar presiona contra las piezas, como se ve en la figura siguiente.



En esta figura observamos al contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto lo podemos confirmar generalmente 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.

CAPITULO IV

LOS HABITOS Y SUS ALTERACIONES SUBSECUENTES

CAPITULO IV

LOS HABITOS Y SUS ALTERACIONES SUBSECUENTES

Los hábitos influyen directamente en la creación de la maloclusión, van a tener éstos su origen en el medio ambiente.

Un hecho puede variar, según la época de su aparición, la influencia (ya sea de tipo hereditaria, congénita o adquirida, dependerá también de la región atacada ya sea esta, local o general.

Así mismo el valor de la acción, predisponente, -- cuadyuvante o determinante.

Son múltiples las causas de una deformación por lo que se hace indispensable establecer como suceden o cómo influyen unas a otras, tomando en consideración el factor inmediato y la causa lejana o general.

Todos estos grupos citados se superponen, herencia embriología, traumatismos, agentes físicos, hábitos, en enfermedades, desnutrición.

La duración de las causas y la edad en que se observan son factores de tiempo no siendo su acción continua,

ya que pueden cesar y recurrir en forma intermitente señalando sus efectos en forma pre y postnatal.

Los primeros sitios afectados son: los huesos del esqueleto facial, los dientes, la función neuromuscular y las partes blandas.

Los huesos, musculos y dientes, crecen en forma y proporciones diferentes, se adaptan al ambiente de distintas maneras, siendo más importante el sitio donde se manifiesta la causa.

El sitio afectado ordinariamente no es único por lo general son varios, considerándose afectados primero uno y los otros en relación con él, en forma secundaria, el resultado puede ser una maloclusión o una displasia, ó sea o una combinación de ambas.

La articulación temporomandibular durante la primera infancia, está incompletamente desarrollada y poco definida la naturaleza de carácter de los reflejos de contracción de los diversos grupos o patrones neuromusculares, tienen un papel primordial, si no es que predominante, en decidir la eficacia funcional y definitiva de la articulación, es por esto que todas las disfunciones de dicha articulación. La función neuromuscu-

lar está comprometida, durante la vida embrionaria inci
ciente, los huesos se desarrollan en una cubierta muscu
lar, por lo que ha quedado establecido claramente que -
ellos modelan y dirigen el crecimiento.

La situación de los órganos dentales se observan -
entre el grupo de músculos contractiles, tales como los
labios carrillos y lengua. Si la presión de los grupos-
dental y muscular está balanceada, la posición del pri-
mero se mantiene inalterable, si se sucede algún cambio
en el grupo muscular que rodea al diente, esto ocasionará
movimientos del primero en el interior del hueso —
hasta encontrar de nuevo el equilibrio entre ambos.

Cualquier modificación en la cantidad, calidad u -
orden de las contracciones musculares, dará como resul-
tado síndromes clínicos.

Así mismo cualquier problema que afecte el ritmo de
desarrollo corporal puede influir en la región facial;-
las enfermedades febriles graves y la sífilis en la prime
ra infancia pueden considerarse como los principales-
agresores.

A). PROTRUSION DE LOS DIENTES PERMANENTES.

Esto es debido particularmente a la succión consue

tudinaria y en general a los hábitos por eso la eliminación de estos es la tarea principal dentro del tratamiento precoz.

En el caso de niños pequeños, se recomienda a la madre preparar pequeñas bolsas de trapo, sobre las cuales se cosen grandes botones de colores llamativos. Después de fijar estas bolsas a las mangas del camión.

Para que al jugar el niño se distraiga y deje la succión.

La placa vestibular (hotz, kobitz, nor) está especialmente indicada para el tratamiento de la protusión, esta puede prepararse individualmente de material plástico, se apoya en la cara labial de los dientes anteriores y mantiene separados los carrillos de las arcadas dentales con lo cual se favorece el desarrollo en lo ancho del arco dentario. Por eso se cubren los lugares correspondientes en el modelo con una placa de cera de uno a dos milímetros de espesor, el anillo sostenedor hecho de alambre de acero de un milímetro debe ser tan grande que el niño pueda pasar fácilmente su dedo índice, este debe estar en el medio de la abertura de la boca para que no presione ni sobre el labio superior ni el inferior.

B). MALOCLUSION

De la misma manera que se logra desplazar las piezas dentarias con las fuerzas aplicadas con los aparatos de ortodoncia, se llevan a cabo movimientos de éstas con las constantes presiones de los dedos u otros objetos y con la fuerza de palanca ejercida con el brazo -- del niño al efectuar la succión o sostener algún juguete u otros objetos que se lleve a la boca con suficiente constancia como para considerar que se trate de un hábito.

La succión ejercida por el niño a manera de hábito se ha considerado como la causa más frecuente de maloclusión, al ser la succión la única actividad fisiológica que la boca del recién nacido ejecuta a la perfección, y por el placer que este acto le proporciona, porque sucionando el niño encuentra consuelo a todo tipo de irritaciones que sufre.

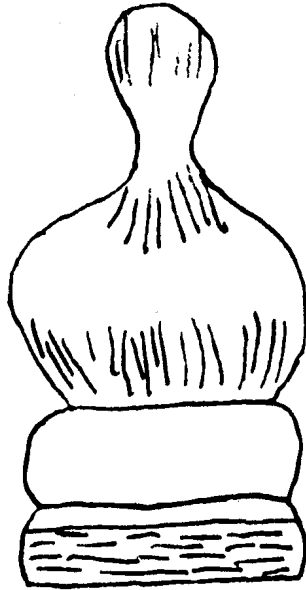
En la succión entran en actividad gran número de músculos de los labios y carrillos, así como los músculos masticadores que en el acto abaten y elevan la mandíbula rítmicamente con movimientos cortos y enérgicos.

Los músculos de los labios, el orbicular, mentonía

no y triangular sufren muy fuertes contracciones estrechando la abertura bucal redondeando los labios, los -- músculos de los carrillos, el cigomático, el risorio y -- el bucinador se introducen en los movimientos de suc- -- ción entre las dos arcadas produciendo gran presión sobre los molares primarios o premolares, si estos están en su lugar, y primer molar permanente.

A todas estas fuerzas musculares que obran sobre -- las piezas dentarias deben agregarse la tracción que -- sufren con el objeto que el niño succiona y además el pe so del brazo, esto nos ocasiona más estragos en la oclu sión.

Otra causa de maloclusión que cabe mencionar es el uso de chupetes demasiado duros y que son usados por -- mucho tiempo, con esto no quiere decir que los chupetes esten contraindicados. Actualmente se recomiendan las -- tetillas anatómicas fabricadas por la compañía de pro-- ductos dentales Rocky Mountain con una consistencia y -- diseño adecuado para evitar que con su uso ocasionen -- trastornos en la oclusión de las piezas dentarias y de-- formidad en los tejidos blandos en la boca del niño. Co mo lo vemos en la fig. siguiente.



Los hábitos de lengua son los más difíciles de descubrir y estos ocasionan maloclusiones severas y anomalías en la formación, el ceceo muchas veces hace sospechar la presencia de un hábito de lengua, este organo puede adoptar posiciones, diversos desplazamientos de las piezas dentarias hacia bucal y labial, interponiéndose entre las dos arcadas impidiendo el contacto correcto de las piezas dentarias y antagonistas.

Otro hábito causante de la maloclusión y de trastornos en la musculatura en los carrillos y en los labios es la respiración bucal. Porque cuando el niño empieza a respirar por la boca, generalmente es victima de alteraciones en la comunicación de las fosas nasales hacia la faringe por presencia de vegetaciones a denoideas que se forman a consecuencia de catarros crónicos.

Todos estos hábitos descritos anteriormente son --
los que ocasionan mayores estragos en la oclusión.

CAPITULO V

PREVENCION Y TRATAMIENTO

CAPITULO V

PREVENCION Y TRATAMIENTO

Los hábitos citados en los capítulos anteriores, son los que ocasionan mayores estragos en la oclusión, musculatura oral y tejidos parodontales.

Requieren para su tratamiento un conocimiento lo más completo posible sobre todo si son practicados en forma compulsiva.

Por ejemplo el hábito de chuparse los dedos, es primordialmente un problema psicológico, que tiene su origen en la frustración del instinto de mamar en la primera infancia, en sus mejores condiciones de tranquilidad, placer y seguridad, ejercicio muscular, cantidad y calidad del alimento etc.

Este problema incumbe tanto al pediatra, al cirujano dentista, al psicólogo, al fisioterapeuta y al ortodoncista, los primeros en observar los malos hábitos de chuparse los dedos son los padres luego los médicos, pediatras, los maestros y los cirujanos dentistas. Es por esto que a ellos corresponde la iniciación del tratamiento teniendo presente que no existen métodos fáci-

les ni medicina para quitar el hábito.

Puesto que no es ninguna enfermedad, sino es un --
síntoma de un trastorno emocional, por lo tanto son ne-
cesarios para ello paciencia, perseverancia, conocimien-
to y una gran capacidad del operador para tratarlos con
éxito.

Si se tiene la suerte de descubrirlo en su inicia-
ción antes que la continua repetición lo haya fijado te-
nazmente en la mentalidad del niño, lo puede abandonar-
fácilmente.

Si el hábito se encuentra establecido perfectamen-
te, se requiere una nueva canalización de las energías-
del niño hacia otros temas u objetos para desviarlos --
del acto, se tratará hasta lo más que se puede mantener
lo ocupado en alguna actividad agradable para él para -
que desvíe su atención del hábito, por otra parte hasta
los nueve meses es en el niño inato el deseo de mamar,-
si la alimentación natural o artificial es satisfactoria
en esta edad, no hay necesidad de controlar el hábito,-
si a esta edad apareciera se hace indispensable una re-
visión de la alimentación para descubrir sus deficien-
cia y suprimirlas para que con ello se suprima también-

el hábito la atención del niño al dedo es distraída fácilmente si su alimentación se balancea perfectamente.

Lo ideal sería que el régimen alimenticio del bebé estuviera balanceado desde los tres puntos de vista: -- nutritivo, funcional y emocional buscando así la completa satisfacción del pequeño lo que evita la recurrencia a substitutos como lo es el hábito del chupeteo.

Puesto que a los seis meses de edad comienzan a -- erupcionar los primeros dientes, esto significa para el pequeño el alcance de un grado inmediato superior de -- desarrollo en el cual, la alimentación deberá hacerse -- por medio de la masticación del alimento.

Si en esta época el niño manifiesta el hábito de -- succión necesita una enseñanza que le permita dejar de -- chuparse los dedos y que lo estimule a masticar, que es la función que a su edad corresponde.

Entre los medios disponibles tenemos el de la subg -- titución de los dedos, de la boca, se tratará con la ma -- yor suavidad posible por algo que llame su atención, ta -- les como, una sonaja, una galleta, una rueda de hule, - -- llevándolo a cabo en forma de juego y con una gran deli -- cadeza, esta acción impropia de su edad, como es la de-

mamar por otra que ya les corresponde, como es la de —
masticar.

Algunos niños desde la edad de seis meses se chu--
pan los dedos cuando tienen sueño o están cansados úni--
camente aquí lo más probable es que no exista ninguna -
relación de la rutina alimenticia.

Lo que se requiere en estos casos es un mejoramiento
del confort y seguridad del niño, y sobre todo esti-
mular su masticación para reemplazar la succión, ayudándo
dole a adquirir un grado mayor de desarrollo.

Es necesaria una ampliación de su ambiente de acuerdo
a su edad, esto puede hacerse con juguetes adecuados
que le proporcionen el ejercicio necesario.

En las horas en que el niño no duerme, debe tener-
siempre la compañía materna para tranquilizarlo, de es-
ta manera no se ensimisma recurriendo a chuparse los dedo
s, sus horizontes se van ampliando y sus actos infan-
tiles, como el chupeteo los va abandonando a medida que
avanza en edad.

En otras ocasiones es recomendable envolverle tam-
bién las manos para que tenga dificultad para sacarlas,
lo cual impedirá que se chupe los dedos, pero si el deseo

es muy intenso el niño hará un gran esfuerzo y se chupará los dedos.

Si las condiciones de alimentación son propias en calidad cantidad, placer y seguridad, fácilmente se pueden desviar este hábito por otros actos menos perjudiciales. Lo importante consiste en la alimentación del pequeño, sea adecuada con un ambiente de perfecta seguridad y tranquilidad.

A los tres años de edad el hábito se encuentra también cimentado que se dificulta la corrección, con la particularidad de ir volviéndose selectivo, por ser determinada mano y en determinada forma.

A esta edad constituye ya un verdadero problema psicológico con la desventaja de que en esta época de la vida, es el niño muy difícil de tratar, debido a que no es lo suficientemente grande para razonar y pensar sobre las instrucciones que se le den, por lo tanto la colaboración que se puede esperar de él es poca o casi nula.

En esta época el niño tiene toda su dentadura temporal completa, es comprensivo que su alimentación debe ser de acuerdo a su estado de desarrollo dirigida a la-

estimulación del buen funcionamiento dental, se suprimirán los alimentos muy blandos por aquellos que cumplan las funciones requeridas al grado de desarrollo que actualmente corresponde a su edad.

Si a pesar de ésto el pequeño tiene tendencia al hábito, lo debemos orientar en otra dirección pero en estos casos lo más importante es la actitud paterna, la cual debe ser de calma y de unanimidad, sin darle al niño mucha importancia porque de lo contrario esos sentimientos se transmitirán al niño con toda seguridad y lo hacen aferrarse más a su hábito.

Debe procurarse acompañar al pequeño al mayor tiempo posible para no dar lugar al pequeño que se chupe el dedo, cuando el niño experimenta inseguridad ante personas extrañas o situaciones difíciles, puede recurrir a la falsa seguridad que le proporciona chuparse. La madre deberá procurar acompañarlo a la cama, mimarlo tomándole la mano contarle cuentos, historias, etc. hasta que esté completamente dormido, esto disminuirá la propensión a la práctica del hábito.

Cualquier hábito que persiste después de los cinco años es imposible de que se trate de un hábito compulsivo bien cimentado con tratamiento inadecuado por parte-

de los padres o de los que han intervenido en su corrección, a esta edad lo más acertado es discutir el tema con el niño demostrarle el deseo de ayudarlo en sus dificultades para vencerlo, tratando de obtener de él, la más completa y decidida colaboración.

Desde luego evitando que la respiración de ese hábito traiga como consecuencia la aparición de otro, como pueden ser: trastornos mentales, morderse los labios, las uñas, etc.

Los padres deben estar preparados para conocer el estado de desarrollo del niño y lo que corresponde a cada edad para que su evolución sea de acuerdo a ella.

En estos casos se aconsejan aditamentos metálicos que cubran los dedos del niño, guantes de piel gruesa, aparatos intrabucales, ejercicios correctivos como los que describimos en los capítulos VI y VIII. Y lo más importante que nunca debemos olvidar los problemas psíquicos, los cuales trataremos de investigar lo más profundo posible de estas pláticas amplias con los padres, nos ayudarán a descubrir alguna aptitud de ellos hacia el niño que descubra la causa que evita la adaptación del chico al medio en que vive.

Respetando siempre la personalidad del niño enfoca
do el problema y tratando de resolverlo buscando su ori
gen, para no proceder en una forma equivocada que lo lle
ve a agravar más una situación difícil.

CAPITULO VI

METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

CAPITULO VI

METODO DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

Los métodos utilizados con éxito por los odontólogos no sólo consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, sino que también se ha recurrido a métodos con sustancias comerciales disponibles a este efecto.

En ciertos casos se emplea la tela adhesiva redondeándola en el dedo afectado o un guante a la muñeca de la mano dañada.

Sin embargo todos estos hábitos tienen algo en común y se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Se deberá advertir a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimiento es de inegable importancia, si exigen al niño una perfección que esté no puede lograr, el procedimiento esta condenado al fracaso.

En realidad esta actitud paterna haya sido parcial

mente responsable de la producción del hábito, sin embargo si los padres recompensan de alguna manera al niño por dejar el hábito durante el procedimiento por medio de sus actos, y den algún premio insignificante esto impresionará profundamente al niño y le orientará -- hacia una meta clara.

A). EJERCICIOS DE LA LENGUA

Es difícil corregir los hábitos viciosos de la lengua, con frecuencia causan maloclusiones de mordida abierta, se coloca en el paladar un pequeño pedazo de caramelo y se acomoda exactamente detrás de los incisivos maxilares donde va hacer sostenido por la punta de la lengua, se indica cuidadosamente esta posición al paciente y cuando se realiza cada acto de deglución la punta de la lengua se mantiene en posición correcta.

Sin embargo existe un punto muy importante que no debe olvidarse en caso de que el pedazo de caramelo se mantenga más atrás del paladar y no exactamente detrás de los incisivos será mantenido allí por el dorso de la lengua cuya punta podrá llenar nuevamente el espacio -- comprendido entre los dientes, con lo que fracasará el propósito del ejercicio.

Durante la alimentación debe instalarse al paciente a deglutir con la posición correcta.

El ejercicio de Strang para la deglución. Este sirve para entrenar a los músculos que entran 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 el espasmo de la lengua.

Para hacer este ejercicio tengase a la mano un espejo con el fin de observar lo que se esta efectuando, un vaso de agua, ordene al pequeño que tome un sorbo de agua, lo suficiente para humedecer la boca, una vez hecho lo indicado se debe observar cuidadosamente la boca en el espejo, junte los dientes y mantengalos en esta posición durante todo el ejercicio después cierre suavemente los labios y trague recordando mantener la lengua y la boca sin que haga presión contra los dientes anteriores, repita lentamente la deglución tomando un vaso de agua cada vez que se dificulte hacerlo.

Debe hacerse este ejercicio durante dos minutos y cuando menos tres veces al día.

B). EJERCICIOS CORRECTIVOS

Para convertir un hábito vicioso en otro útil Alfred P. Rogers (22^o), con su investigaciones sobre el funcionamiento defectuoso de los músculos de la boca ha dado la profesión dental una base para el tratamiento de la maloclusión.

Ejercicio del masetero y temporal. Es aconsejable este ejercicio en pequeños con hábitos de respiración bucal, si el niño puede colocar los dientes en oclusión correcta se puede seguir el siguiente ejercicio para estimular a los musculos atrofiados por dicho hábito.

Ponga la punta del dedo índice sobre el músculo masetero cerca del ángulo de la mandíbula, para que el niño pueda sentir los movimientos de contracción y relajamiento, junte los dientes, contraiga y afloje el grupo de músculos masetero-temporal, asegurándose que la mandíbula permanece inmovil.

Mantengase los dientes de los músculos contraídos hasta que el niño cuente diez mentalmente y luego aflojar los músculos, se repetirá cuando menos diez veces la contracción y el relajamiento contando hasta diez. Y se ira aumentando hasta llegar a veinte sin que para esto el esfuerzo muscular sea excesivo.

C). EJERCICIO DE WILSON PARA LOS MUSCULOS FACIALES.

En este ejercicio se recomienda que se mantenga los músculos ya desarrollados en reposo, se estimulará el desarrollo de los músculos atrofiados parcial o totalmente.

Se indicará al paciente lleve los molares del maxilar y de la mandíbula a la posición de oclusión, conservándolos en ella, contraigan los músculos de un carrillo con esto el ángulo de la boca se contrae en línea recta conservándolo hacia atrás esta posición, empuje con la mano si es necesario todos los músculos del lado opuesto de la cara hacia el lado que sea contraído.

Mientras se conservan tensos estos grupos de músculos aspire profundamente el aire y dejelo con lentitud repitiendo los movimientos en el lado opuesto, este ejercicio fortalecerá el orbicular de los labios y los músculos de los carrillos, cuando menos debe hacerse este ejercicio diez veces hasta llegar a cien al día según las condiciones del paciente.

D). EJERCICIO DE ROGERS PARA EL ORBICULAR DE LOS LABIOS.

Este ejercicio se hace con ayuda de un ejercitador descrito posteriormente, su forma es de X se sostiene por un mango, y ha este van unidos unos travesaños en forma de cuchara en las cuales lleva unidas unas bandas elásticas, se insertan los brazos en la boca del paciente de manera que los puntos curvos que tienen forma de cuchara toquen los ángulos de la boca.

El paciente contrae entonces el músculo orbicular de los labios, el movimiento de los brazos producido por la acción de los músculos de la boca, va a ser resistido por la banda elástica, se aflojan los músculos de la boca, las palancas vuelven a su posición normal por la acción de las bandas elásticas, el paciente repetirá los movimientos de contracción y de relajamiento de los músculos, debermos indicar al paciente que el efectuar este ejercicio no deberá **restirarse** mucho los labios.

Pues no debemos olvidar que el orbicular de los la bios esta compuesto principalmente por dos grupos de fi bras sin contar las fibras de los músculos que corta por causa del mismo esfuerzo con el ejercitador.

Por otra parte si se permite al paciente que se contraigan los labios en forma circular durante el ejer

cicio el efecto sobre el músculo orbicular de los labios no será favorable, pero si de lo contrario si se mantienen las fibras en posición que adoptan al pronunciar la letra p, el ejercicio se facilita considerablemente y se obtiene un desarrollo más rápido.

Se continuará el ejercicio con el elástico durante la primera semana y cada día se aumenta el número de -- contracciones hasta que lleguen a cincuenta.

El número de las bandas puede aumentarse conforme aumente la fuerza de los músculos, rara vez se hace necesario emplear más de dos bandas elásticas.

Se orientará al niño a contraer los músculos hasta el grado que le permitan las bandas citadas, indíquese que no es prudente cargar excesivamente a los músculos, pues es bien sabido que cuando un músculo intenta levantar un peso superior a su capacidad subre daño, este -- ejercicio se recomienda en niños que chupan el labio.

CAPITULO VII

METODOS PSICOLOGICOS PARA EDUCAR AL NIÑO.

CAPITULO VII

METODOS PSICOLOGICOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Si el odontólogo desea lograr o realizar un buen acercamiento a la práctica de la odontología para niños, debe conocer la importancia del medio hogareño y la influencia de los padres, sobre el pensamiento y la conducta del niño. Es el padre no el niño quien con frecuencia, en realidad se convierte en el principal problema para la conducta del niño, para llevar a cabo una práctica exitosa en el mismo. Los niños y niñas que se presentan como pacientes son en gran medida productos que especifican el ambiente hogareño y las actitudes de los padres. Ignorar las variaciones de la conducta, experiencia y enseñanza de los padres cuando presentan sus hijos al odontólogo, es limitar el propio campo de utilidad al niño y a la sociedad.

Ejercer odontología para niños sin evaluar al padre, sin la participación del padre y sin su confianza, solo puede conducir al fracaso.

ACTITUD DEL PADRE HACIA EL NIÑO

Los padres difieren ampliamente en sus actitudes - hacia los niños, el afecto, protección, indulgencia, -- ansiedad, autoridad exagerada, el desafecto, el rechazo por parte de los padres que reflejan en la conducta del niño y por consiguiente, se convierten en problemas del odontólogo en el manejo del mismo. La actitud que el padre asume en relación al hijo único, al niño adoptado e al niño consentido, justifica también su consideración- en el consultorio odontológico.

AFECTO EXAGERADO

El matrimonio tardío, el hijo único, el adoptado - el benjamín de la familia, puede llevar a un cariño exagerado, demasiadas alabanzas y mimos, por parte de los- padres: esos niños están preparados inadecuadamente pa- ra ocupar su puesto en la casa o en la escuela y la falta de valor en el consultorio odontológico.

SOBRE PROTECCION

Algunas madres insisten en monopolizar todo el - -

tiempo de sus hijos sin permitirles jugar con otros niños; los síntomas prominentes, expresados en un niño así, son la negativa a alternar con otros y un comportamiento irresponsable, generalmente intenta controlar cada situación y se niega a someterse a cualquier autoridad "imprudencias, rabieta y fanfarronerías", con características comunes y se niega a jugar con otros niños en un pie de igualdad.

DEMASIADA INDULGENCIA

A veces los padres no les niegan a los niños la menor cosa o deseo, dentro de los límites de la entrada económica de la familia, ni lo restringen en ninguna de sus actividades. Los padres y madres cuya infancia ha sido poco satisfactoria, llena de penurias económicas y estrecheces son con frecuencia, demasiado indulgentes.- Los abuelos tienden también a prodigar favores esenciales y regalos al nieto.

ANSIEDAD EXCESIVA

Expresadas por el padre muchas veces cuando ha habido una enfermedad seria, o muerte en la familia o cuando se trata de un hijo único, el padre manifiesta -

entonces un afecto exagerado y un exceso de protección y se opone generalmente a que sus hijos alternen con los otros niños; se magnifican las enfermedades leves y se impide al niño concurrir a la escuela o cumplir su cita con el odontólogo, y trae como consecuencia depender de los padres para todo y responder con timidez, miedo, reserva y cobardía.

AUTORIDAD EXCESIVA

En estos casos, el padre suele ser indebidamente crítico y regañón y a veces rechazante, el niño puede expresar negativismo, esto es resistencia a los intentos de imponerle un plan de acción, el negativismo en el niño se manifiesta como tensión física y retirada hacia cualquier forma de acercamiento pues puede adoptar una actitud astiada que no se modifica ni por la razón o la persuasión.

DESAFECTO

La indiferencia de los padres, en lo que queda en poco tiempo para el niño, puede ser evidente por razones sociales o económicas, la incompatibilidad entre el padre y la madre, celos en el hogar o cuando hay padrag

tros, pueden conducir a un sentimiento de inseguridad - por parte del niño. Todo niño necesita el interés, estímulo y guía de sus padres.

Los síntomas de la inseguridad, son expresiones de la propia conciencia, es asustadizo, reticente, prefiere estar solo es indeciso y tímido vacila para decidir - se y es propenso a llorar fácilmente; el niño puede desarrollar malos hábitos, como negarse a comer, morderse las uñas y negativismo, también pueden estar malhumorados.

RECHAZO

Los niños son rechazados en algunas ocasiones a -- causa de los celos entre la madre y el padre, de cargas financieras, o porque los esperaban de otro sexo o también porque no era deseado o porque los padres son inmaduros y carecen de responsabilidad. Un niño generalmente en estos casos se hace egóísta, resentido, vengativo, desobediente e hiperactivo, las molestias y arranques - de mal humor, conducen a los robos (que son frecuentes).

EL HIJO UNICO

Con un solo hijo, los padres se inclinan a ser demasiado cariñosos, ansiosos, protectores e indulgentes; el niño puede responder siendo tímido, miedoso y retraído.

Si bien las posibilidades recién mencionadas con respecto al hijo único son bastantes comunes, hay muchas familias que tienen un niño que no muestra los síntomas característicos.

EL NIÑO ADOPTADO

La tendencia de los padres con niño adoptado, es ser demasiado cariñosos y considerados, no sólo porque quieren brindarle todas las ventajas en la vida, sino también por el posible comentario que pueden hacer amigos y vecinos que comunmente vuelven a los niños en tímidos miedosos y retraídos.

RASGOS CARACTERISTICOS QUE ADOPTAN LOS NIÑOS, EL NIÑO TIMIDO, ASUSTADIZO O VERGONZOSO.

Hay muchas razones por las cuales el niño puede --

ser tímido asustadizo o vergonzoso, como la falta de -- oportunidad para alternar con personas fuera del ambiente hogareño, poco afecto de los padres, ser el hijo único, los sermones exageradamente críticos y la excesiva autoridad de los padres; puede tratarse también de un niño psicológica y emocionalmente inmaduro, por lo tanto dependiente es fácil descubrir al niño corriente, -- asustado, pues trata de esconder su cara detrás de las faldas de su madre o mirará al suelo o a otras partes -- cuando se les dirige la palabra; responden a pocas preguntas o comentarios, si es que responde y no cooperará mientras esté rodeado de este caparazón.

Estas reacciones son comunes en el pre-escolar, -- especialmente en quienes no han concurrido al jardín de infantes.

Los niños de las zonas rurales o semi rurales, son afectados más a menudo que los de las zonas urbanas, -- quienes han tenido por lo general más experiencias con otras personas.

La asistente y el profesional deben hacer toda clase de esfuerzo para que el niño y la madre se sientan -- cómodos lo más pronto posible; en estos casos puede frecuentemente llegar al niño através de su madre, llamán-

dolo por su nombre o apodo; se le convenceráde que suba al sillón dominando poco a poco su temor y psicológicamente vamos entrando en el terreno de sus afectos, si es un niño pequeño nos interesaremos en sus gustos, si el niño es mayor también debemos interesarnos en lo que le guste, un juguete u otra cosa para empezar a tener diálogo con él.

En ocasiones es imposible que en las primeras citas no lo ganemos francamente.

EL NIÑO INCORREGIBLE O CONSENTIDO

Todo operador conoce al niño mimado o incorregible, resultado de la excesiva indulgencia o en algunas ocasiones, del rechazo por parte de los padres hace que el niño incorregible y consentido por lo general, sea insolente, incorregible; éste niño puede lloriquear, golpear, patear, tirarse al suelo para desplegar arranques de mal humor, o hacer una docena de cosas cualesquiera, intentando por esos medios persuadir al padre para que lo lleve a casa o al menos lo saque del consultorio, la madre o el padre generalmente en este momento comienza hacer varias promesas para el chiquillo, a quien no le interesa porque está familiarizado con el

hecho de que casi todas las cosas son suyas con sólo --
pedirlas. La entrevista inicial con el padre y el hijo,
permitirá al odontólogo determinar el procedimiento a --
seguir en cada caso; si el odontólogo puede tener sufi-
ciente valor para ver más allá de la escena inmediata --
y representarse a este pequeño paciente y a su padre co-
mo un desafío a su propio futuro en la profesión, tam- --
bién en toda la odontología se puede acercarse entonces a
este problema con una benévola y agradable determina- --
ción de triunfar sin tener en cuenta las disparidades, --
en muchas ocasiones habrá ganado amigos y pacientes pa-
ra toda la vida, autorespeto y la seguridad de una prác-
tica productiva.

Al odontólogo no le conviene enojarse, mostrar que
está enojado o mostrar antipatía por el niño, pues el --
padre se dará cuenta de tales reacciones, y tendrán un-
buen motivo para asumir una actitud protectora hacia --
su hijo; el enfoque de estos problemas de manejo del --
niño, es importantísimo en la determinación del buen --
éxito o fracaso a esta rama de la odontología.

EL NIÑO DESAFIANTE

Algunos de los chicos demasiados protegidos por --

los padres en particular los varones, desafían al odontólogo a que intente hacerle cualquier trabajo; estos niños no lloran y raramente no dicen mucho, una de sus expresiones comunes es "no abrir la boca " algunos han agregado "no quiero que me hagan ningún trabajo y no me importa si mis dientes tienen cavidades".

Una capa exterior arrogante rodea a ese niño, y si se consigue alguna cooperación, hay que apelar a su fan farronería, cuando se ha obtenido su confianza y consentimiento del padre para ver al niño a solas, el problema está resuelto, ya que el tratamiento discutido — previamente para el niño incorregible o caprichoso, con vencerá rápidamente a este chiquillo de quien manda en el consultorio, estos niños llegan a ser excelentes pacientes y grandes amigos en corto tiempo.

EL NIÑO CAPRICHOSO

Algunos niños pasan por la entrevista inicial y el examen sin ninguna objeción seria, pero cuando se inicia la limpieza o el tratamiento exclamarán " esa cosa no me gusta" (señalando la pieza de mano y la fresa) — o "no quiero que me lo ponga" o el chico comienza a retorcerse y gritar, en este momento debe hacerse todo lo

posible despacio y con calma, para aplicar al niño las razones para el procedimiento, y además que se tomará -- todas las precauciones para completar el tratamiento -- con la menor incomodidad posible.

En caso de que el niño decida poner obstáculos por algún tiempo o desatender cualquier acercamiento o comentario razonable del odontólogo; entonces se conversa con el padre para determinar que procedimiento va a seguirse en el caso particular si el padre decide continuar en la forma recomendada por el odontólogo la separación del niño de la madre, el primer paso es informar -- al pequeño paciente que se hará todo para ayudarlo y que tan pronto como el examen o tratamiento se complete podrá volver a su madre y a la sala de recepción, en ocasiones la reacción del chico es el resistirse y no hacer caso de lo que indica el odontólogo y el resultado es una falta de cooperación el operador ya controlado -- el pequeño paciente, debe felicitarse sinceramente y de aquella cita que comenzó en la atmósfera más desagradable ha terminado en forma grata.

EL NIÑO MIEDOSO

Algunas de las causas subyacentes del miedo, han --

sido discutidas en este capítulo. La odontología tiene uno de los mayores obstáculos en la injustificada historia y comentarios en diarios, revistas y películas; esa publicidad que intenta crear risa, desanima a mucha gente para visitar el consultorio odontológico.

Muchos padres irreflexivos, han hecho ese comentario en el consultorio "Ricardo si no te estas quieto el doctor te va arrancar todos los dientes", tal advertencia en el consultorio no debe pasarse por alto; debe decirse al niño "Ricardo, un dentista no solo calma el dolor sino que también trata de prevenirlo, un dentista nunca saca un diente salvo que sea necesario, siempre te dirá la verdad y quiero que también tu me lo digas, al niño puede llegarse de muy diversas maneras y los comentarios citados se han utilizado en muchas circunstancias el miedo solo puede ser vencido estableciendo confianza en el individuo, a cada uno le gusta ser elogiado y reconocido y más de una lágrima fue detenida con un comentario gentil y considerado, el miedo puede ser controlado ganando la confianza del niño a través de un interés positivo de su preferencia.

EL NIÑO ENFERMO

Los patrones de conducta de los niños enfermos, --

mal nutridos, física y mentalmente fatigados o con tendencias hipocondriacas han sido discutidos en una parte previa de este capítulo, el niño o la niña enfermos o -- cuyos estados físicos no justifican un esfuerzo adicional, debe recibir el tratamiento mínimo necesario para calmar el dolor y la eliminación de cualquier fuente -- importante de infección, si es aconsejable se les debe hacer un servicio de emergencia hasta que esten lo su-- ficientemente bien como para completar su tratamiento -- dental.

NIÑOS DEBILES MENTALES

Los niños de lento aprendizaje constituyen un problema individual distinto, sin embargo entre ellos existe un rasgo común, siendo éste la lentitud con que asimilan las indicaciones que se les dan a estos niños, no es posible apresurarlos para que comprendan es necesario hablar o actuar de acuerdo al grado o etapa de debilidad mental que presente, estos niños suelen tener la mirada fija con expresión ausente.

NIÑO TEMPERAMENTAL

Este cabe dentro de todos los tipos, es de los ni-

ños que a veces cooperan y luego no, si se sienten cansados aburridos o tienen interés de hacer algo, o ver - en su casa lo mejor es dejarlo no atenderlo o dejarlo - ir antes si viene cansado amodorrado de la siesta o por que durmió en el coche.

EL NIÑO QUE COOPERA

Este tipo de niños es el que no llega gritando ni llorando, este niño es el que debemos de considerarlo, - pues si no se le trata bien, puede volverse incorregible por nosotros.

C A P I T U L O V I I I

TIPOS DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES.

CAPITULO VIII

TIPOS DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES

Existen varios tipos de instrumentos para romper los hábitos bucales, los cuales pueden ser construidos por el odontólogo, se clasifican en: instrumentos removibles y fijos.

En el caso de que el niño demuestre deseos de ser ayudado por el odontólogo éste deberá elegir el tipo de instrumento más apropiado. Después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal, en los niños menores de seis años en quienes solo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles no son bien aceptados a causa de la inmadurez del niño, en la edad de la dentadura mixta, engrapar dientes permanentes en proceso de erupción es una razón contraria para los instrumentos removibles, también se debe tomar en cuenta que en este período se produce la maduración del lenguaje sin embargo, un instrumento fijo nos puede causar en el niño una sensación de castigo, mientras que un instrumento removi-

ble, puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en períodos criticos como la noche.

Ciertamente para el odontólogo, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo.

La mayor desventaja de estos instrumentos removibles es que el niño los lleva solo cuando él lo desea como por ejemplo los siguientes:

A) TRAMPA DE PUNZON

La 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 consiste en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible como el retenedor Hawley, o también puede ser como una defensa añadida a un arco lingual superior en el cual se utiliza como ins

trumento fijo.

Esta trampa sirve:

- 1.- Para romper la succión y las fuerzas ejercidas sobre el segmento anterior.
- 2.- También va ha distribuir la presión de las piezas posteriores.
- 3.- Va ayudar al paciente a recordar que está entregandose a su hábito.
- 4.- Va hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

B) TRAMPA DE RASTRILLO

La trampa de rastrillo. Al igual que las de punzón pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo como el término lo implica, este aparato, en realidad más que recordar al niño lo castiga, se construyen de igual manera que de punzón, pero tiene púas romas y espolones que se proyectan a la barra transversales -

a el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina.

Las púas dificultan no solo la succión del pulgar, si no también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

C) TRAMPA LINGUAL

Esta indicada en los niños que presentan mordida abierta en incisivos superiores en protrusión se observan a menudo también hábitos de empuje lingual. La presión lingual demasiado marcada nos produce la mordida abierta, y esta va a permitir al niño empujar la lengua hacia adelante entre el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores como el empuje afecta los músculos linguales, el tono del labio inferior, y el músculo mentalis no es afectado, y de hecho puede ser fortalecido.

El empuje lingual nos produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, tam-

bién puede deberse a una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión.

El tratamiento del empuje lingual, consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, para este fin se construye, la trampa lingual.

Que esta constituida de un aparato de acrilico como el Hawley con púas verticales y se hace similar a las sugeridas para evitar la succión del dedo, 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 como se ve en la figura siguiente.



CAPITULO IX

USO DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA REHABILITACION

INTRABUCAL

CAPITULO IX

USO DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA REHABILITACION

INTRABUCAL

La mayoría de los instrumentos intrabucales, contruidos por los odontólogos y que posteriormente van a ser colocados en la boca del pequeño, con el consentimiento de este o sin el.

Casi siempre van a ser considerados por el pequeño como instrumentos de castigo.

Que a la larga van a producir trastornos emocionales muy difíciles de curar, además de costosos que -- cualquier otro tipo de desplazamiento dental producido por el hábito.

Por lo general para la gran mayoría de los niños -- estos instrumentos sirven para añadir un complejo de -- culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar-

en la aparente suspensión del hábito. Provocando en el niño un cambio rápido de carácter normal a nervioso.

En estos casos el costo de la curación va ser demasiado elevado.

Por eso antes de tratar de colocar cualquier instrumento en la boca del niño, debemos estar seguros de que la comprensión del niño es buena, y que no se va a forzar en ningún momento.

Se tiene que enseñar al pequeño a comprender plenamente la necesidad de utilizar un instrumento para corregir su hábito además debemos cerciorarnos si el niño quiere que se le ayude.

Por otra parte la cooperación paterna juega un papel muy importante por que se necesitará de todo el esfuerzo posible de ambos, además de su apoyo para un buen resultado del tratamiento.

Se establecerá una relación amistosa con el pequeño de manera que en la mente de éste exista una situación de recompensa en vez de una sensación de castigo.

Se elegirá una meta definida en terminos de tiempo y forma además que se le de un premio material que el niño trate de alcanzar.

También debe cerciorarse si el pequeño ha adquirido la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento porque de lo contrario puede producir ansiedades en un corto plazo. Una vez habiéndose cerciorado, podemos estar seguros de poder aplicar un instrumento para la rehabilitación intrabucal, el uso del aparato ideal para la rehabilitación intrabucal será aquel que no ofrezca resistencia a ninguna actividad muscular, para evitar subsanar malas posturas de los maxilares, también para prevenir malas tensiones en la musculatura masticatoria, así mismo en las mejillas de igual manera para evadir que los labios esten abiertos, aún en oclusión de reposo y que haya un cierre labial relajado mientras se tocan los bordes incisales.

Además que su uso no avergüence y que no necesite recordatorio para el uso del aparato, además que no dependa de los padres.

Como por ejemplo; para la succión de dedo se pueden

aplicar las incrustaciones de Willett que recubren los primeros molares temprales en cada lado del arco superior con una simple barra de alambre, de un grosor de 0.045 pulg. soldada a ellas, atravesando la bóveda. Esta debe estar separada del paladar aproximadamente 3/16 de pulgada en la línea media.

También se puede colocar en lugar de la barra simple una armazón adecuada al caso individual.

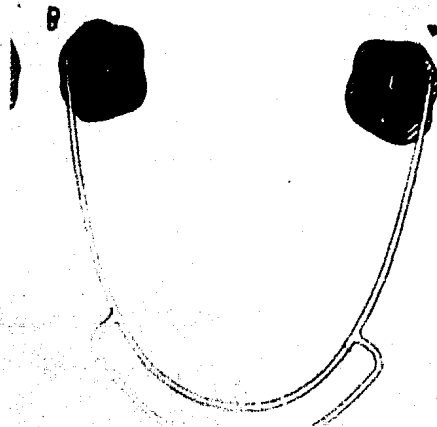
Ordinariamente el reflejo de levantar la mano hacia la boca desaparecerá en algunas semanas y la aplicación podrá ser retirada. En el caso de que el hábito volviera, la aplicación puede volver a ser cementada en su lugar por un corto tiempo.

El dispositivo constante para los hábitos linguales, para impedir que la lengua esté sostenida entre los dientes superiores e inferiores o sea impedida entre ellos al tragar.

Una armazón de alambre puede ser soldado verticalmente a un arco lingual de alambre, ya sea superior o inferior.

En el caso de pacientes mayores que se cuente con toda su cooperación para vencer el hábito lingual, esta armazón de alambre puede formar parte de un retenedor removible de Hawley.

Dispositivo constante para la succión del labio. En este aparato se colocan unas incrustaciones tipo Willett - en las cuales se soldan verticalmente a un alambre lingual superior, varios alambres de 0.0022 pulgadas siguiendo el contorno lingual de los centrales y luego son doblados hacia lingual para terminar en pernos cortos que son suficientemente agudos para irritar el labio, cuando es estirado en la succión en caso de que este dispositivo interfiera en la oclusión los centrales pueden ser bandeados con pernos similares soldados a sus caras linguales como se ve en la siguiente figura.



El arco lingual con pequeños espolones soldados en sitios estratégicos que recuerden al pulgar que no debe meterse.

Este debe adaptarse correctamente sin estorbar la función bucal normal, además de estar previstos de suficientes espolones cortos agudos que produzcan ligeras señales aparentes de incomodidad en cada vez que se inserte el pulgar, como se ve en la figura siguiente.



Este aparato se coloca en el maxilar superior cuyos extremos libres puntiagudos van dirigidos hacia los incisivos, impiden la introducción del dedo a la boca.

La placa vestibular Hotz, Korbitz, Nord, esta especialmente indicada en casos de mordida abierta, protrusión de los incisivos superiores y ligeras mordidas distales.

La placa puede ser preparada individualmente de material plástico, se apoya en la cara labial de los dientes anteriores y mantiene separados los carrillos de las arcadas dentales con lo cual se favorece el desarrollo en ancho del arco dental, por eso se cubren los lugares correspondientes en el modelo con una placa de 1 a 2 mm. de espesor. El anillo sostenedor hecho de alambre de acero de un mm.

Debe ser tan grande que el niño pueda pasar fácilmente su dedo índice, debe estar en medio de la abertura de la boca para que no presione ni sobre el labio superior ni el inferior.

El escudo vestibular esta compuesto por una delgada placa de material plástico que dentro del vestíbulo bucal va desde el último molar de un lado y en todas partes llega hasta el repliegue de la mucosa, terminando en un rodete, en ninguna de las partes el escudo debe tocar los dientes, dado que con este escudo no se practican ejercicios musculares, no tiene agarres para los dedos y puede ser escondido completamente detrás de los labios cerrados. Al confeccionar el escudo bucal, el maxilar inferior es ubicado en la posición en contraste con la obtención de la oclusión en el activador, en la cual se encontraría en el-

desarrollo normal o donde debería estar al terminar la rehabilitación.

Esté esta indicado en hábitos de succión, respira- -ción bucal, movimientos de deglución atípicos y sus consecuencias.

El medio escudo vestibular este únicamente llena el-vestíbulo bucal únicamente en la región del maxilar infe-rior llegando hasta el tercio incisal de los dientes infe-riores y no debe tocar las caras palatinas de los incisi-vos superiores, su tarea es impedir que el labio inferior penetre debajo y detrás de los incisivos superiores y que toque eventualmente la punta de la lengua. Se indica en -casos de mordida o en succión de labio.

El escudo linguo vestibular consta de una placa palatina con ganchos, bien adaptada de la cual sale libremen-te en la cavidad bucal, una apéndice vertical de materia-de plástico o de alambre. Este esta indicado en hábitos -linguales y movimientos de deglución anormales.

Existen diversos aparatos para evitar la succión de labio como se observa en la figura siguiente.



CONCLUSIONES

Antes de analizar una deformación bucodentaria debemos examinar y fijar la atención en los factores que influyen.

Debemos serciorarnos de que tipo de hábito se trata para poder corregir en un momento dado.

En las diferentes formas de succión se establece una terapeutica dental Psicológica completa para evitar deformaciones.

Porque son ha menudo las causas de maloclusión por lo que se hace indispensable establecer un buen diagnostico.

Y para esto se requiere un conocimiento lo más -- completo posible sobre el hábito sobre todo si es practicado en forma compulsiva.

Indicaciones de métodos intrabucales para el me---
jor funcionamiento de los músculos y evitar maloclusión.

Si se quiere lograr un buen acercamiento a la prácu

tica odontológica, debemos conocer la importancia del medio hogareño y la influencia de los padres sobre el pensamiento del niño.

Se recomienda el uso de chupones fabricados por la compañía Rocky Mountain para el hábito de succión, además el uso de trampas linguales de rastriyo y de punzón.

En cualquier tipo de tratamiento debemos estar seguros que el niño ha adquirido la madurez necesaria para lograr un exitoso tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

DR. SDNEY B FIN

CUARTA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA

ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA

FLAYDE EDDY HOGEBOON

D.D.S. FACD.

TRADUCIDA AL ESPAÑOL DE LA 6ª EDICION

EN INGLES, UNION TOPOGRAFICA.

EDITORIAL HISPANOAMERICANA

ODONTOLOGIA INFANTIL

E. HARNDT

H. WEYERS

EDITORIAL MUNDI

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

DR. TM GRABER

3a. EDICION

TRADUCIDA POR EL DR. JOSE LUIS GARCIA

EDITORIAL INTERAMERICANA

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA

SIMPOSIO SOBRE PARODONCIA

RL IRELAND W. SKRAMER

EDITORIAL MUNDI S.A.

ATLAS Y TRATADO DE ORTODONCIA

ORTOPEDIA DENTARIA

EMILIO HERBST

LIBRERIA ACADEMICA