

14, 388

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA - U.N.A.M.**

Carrera de Cirujano Dentista

"TRASCENDENCIA DE LOS HABITOS EN ODONTOPEDIATRIA"



TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

MA. ARACELI RODRIGUEZ TIRADO

San Juan Iztacala, México.

1977-1980



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.

INTRODUCCION

El niño con deformaciones óseas de la cara es un mutilado dento-facial, a cuya felicidad se oponen múltiples egcollos físicos y emocionales. Muchas de éstas malformaciones pueden ser prevenidas, y es deber de médicos, odontólogos infantiles y ortodoncistas evitar éstos traumas y favorecer con ello, el bienestar de los niños.

La estrecha interdependencia que priva entre las disciplinas médicas hace indispensable el intercambio de conocimientos y la comunidad de esfuerzos en favor de la salud del hombre, particularmente del niño. Así, el médico general, que a menudo puede advertir deformaciones dento-faciales en el paciente infantil, debe poseer conocimientos sobre odontología y ortodoncia. Por su parte, el odontólogo, ha de conocer las implicaciones técnicas y emocionales de la lactancia.

Por lo que respecta a la corrección de los malos hábitos orales del niño, que obedecen a diversos factores y desembocan con frecuencia en alteraciones anatómicas, deformaciones estéticas y conflictos psicológicos, es éste un problema que requiere la acción coordinada de ginecólogos, pediatras, odontólogos infantiles, ortodoncistas, psiquiatras y foniatras. Todo ello, desde luego bajo la idea de que el bienestar del niño es la pauta de la preocupación común y que como dice Leyt no es el dedo, ni un diente, ni un grupo de piezas dentarias lo que nos interesa, sino el niño íntegro, sus sentimientos y personalidad, con su plena potencialidad de vida y de futuro, en un ambiente familiar y en un medio social determinado. Porque "si mientras se están enderezando los dientes, se está doblando el yo, toda la validéz del proceso es dudosa".

La corrección oportuna y científica de los malos hábi

tos juega un papel singular en la felicidad del niño y en su adaptación al medio social que lo rodea, y que éste carácter singular no ha sido objeto aún, por parte de muchos médicos, de la cuidadosa atención que merece.

Frente a éstos problemas, nos incumbe orientar de modo realista a los padres.

Glaser, indica que para prevenir los hábitos que provocan maloclusiones, debe educarse a los padres, para que éstos a su vez, sepan educar a sus hijos.

"TRASCENDENCIA DE LOS HABITOS EN ODONTOPEDIATRIA"

I N D I C E

CAPITULO I.

Generalidades sobre los hábitos.

CAPITULO II.

Los hábitos más frecuentes en los niños.

CAPITULO III.

Etiología de los malos hábitos.

CAPITULO IV.

Efectos producidos.

CAPITULO V.

Tratamiento.

CAPITULO VI.

Prevención.

CAPITULO VII.

Conclusiones.

Bibliografía

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE LOS HABITOS

Historia.

Formación de hábitos.

Plasticidad del hueso.

Hábitos bucales compulsivos.

Actos bucales no compulsivos.

Clasificación de los malos hábitos.

HISTORIA

Desde hace aproximadamente 50 años, los investigadores han correlacionado a las maloclusiones dentales con los problemas de anomalías anatómo-funcionales de la cavidad oral, con respecto a la práctica de diversos tipos de hábitos orales.

En una seleccionada cronología, destacan los siguientes estudios:

En 1921, Hellman estudió a 354 pacientes con maloclusiones; 90 eran succionadores de lengua, de labio o succionadores digitales, 219 observaban clase II. El estudio no especifica la edad de los pacientes.

En 1930, se estudiaron 170 niños de 9 años de edad, 70 tenían algún mal hábito bucal, 35 succionaban el pulgar se afirma que ésta es la causa de la maloclusión.

En 1938, Swenhart estudió la relación entre maloclusión y la succión digital. En 38 casos elegidos al azar, encontró que 34 presentaban protrusión maxilar, 24 mordida abierta, 27 eran respiradores bucales, 22 eran clase I y 4 eran clase II.

En 1945, Bliss estudió a 300 niños y encontró que el 17% presentaba succión digital.

En 1964, Ray estudió a 32 personas comprendidas entre los 20 y los 60 años de edad. Todas ellas presentaban problemas periodontales, mismos que asocia con anomalías de la deglución.

En 1966, Brasil y Moyers estudiaron 24 casos con maloclusiones y en ellas encontraron que 10 personas presentaban deglución infantil, 9 degluciones de adulto y el resto deglución mixta.

En 1967, Blin estudió a 100 individuos y encontró que 56 presentaban hábitos de lengua.

En 1968, Leech examinó a 600 niños, cuyas edades fluctuaban entre los 2 y los 13 años. Estudió las anomalías maxilares y la conducta buco-facial de esos niños, 216 presentaron deglución atípica, 125 interposición lingual y -- contracciones labiales, y 30 eran respiradores bucales.

En 1969, apareció uno de los trabajos más concluyentes publicado por Straub, quién estudió 478 casos de los -- cuáles todos presentaron deglución atípica y maloclusiones 171 presentaron succión digital.

En 1971, Ward estudió 358 casos, de los cuáles 136 eran succionadores digitales, 170 presentaban maloclusiones y 26 presentaban deglución atípica.

En 1973, Kortsch examinó 660 casos, 106 eran succionadores digitales, 134 presentaban deglución atípica, 18 presentaban amígdalas inflamadas, 64% trastornos en la deglución y la palabra, en 55 casos se encontró succión del pulgar y deglución atípica.

En 1976, Tani publicó una estadística sobre 2324 niños cuyas edades fluctuaban entre los 6 y los 10 años, 416 presentaron mordida abierta.

En 1977, Garliner estudió a un grupo de 985 niños con problemas de deglución atípica y maloclusiones, y llegó a la conclusión de que éste problema se encuentra íntimamente ligado a la deficiente alimentación materno infantil.

FORMACION DE HABITOS

Los hábitos son un requisito para la vida normal, aprendemos a caminar, a higienizarnos, a vestirnos, y a adoptar buenos modales. Esto, claro está son algunos aspectos esenciales en la vida de una sociedad moderna. Hay muchos otros, como los hábitos de estudiar, de adquirir habi

lidades para la vida social, tales como bailar o tocar algún instrumento musical.

Para desarrollar cualquier hábito, uno primero tiene que demostrar aptitud y buena voluntad. A cualquiera le resultaría imposible desarrollar un hábito contra su propio deseo. Este concepto de la disposición ha merecido mucha atención en numerosos terrenos, en particular en lo referente a la educación. Se ha visto que no es posible enseñar al niño a leer o escribir, en tanto que él no esté dispuesto a ello. Esto implica también la voluntad de adquirir el nuevo conocimiento, pero también la aptitud física y mental para hacerlo. Cuando el individuo demuestra esta disposición, el paso siguiente es encarar el esfuerzo. Este a menudo es tremendo, porque los músculos aún no han sido entrenados. Pero si bien en un principio el esfuerzo es considerable, la repetición o prácticas constantes harán que los músculos respondan con mayor prontitud. Al principio toma un tiempo demasiado largo para que los impulsos pasen a lo largo de los nervios aferentes hasta el cerebro y para que vuelvan por los eferentes hasta los músculos involucrados. Por la repetición constante, el tiempo involucrado se reduce gradualmente, hasta que la mera presencia del estímulo crea una respuesta casi espontánea. Así vemos que en la generación de un hábito, en un principio debemos recurrir a un grado considerable de esfuerzo consciente hasta que finalmente no se requiere esfuerzo alguno.

Los movimientos individuales se convierten en reflejos adquiridos. Bueno o malo el hábito, los procedimientos involucrados son los mismos. Para un mal hábito, así formado es necesario seguir los mismos pasos para romperlo. Esto es reeducación muscular.

Para romper un hábito, primero se debe contar con la disposición del paciente, segundo, debemos tratar de devol

ver a la consciencia del paciente la noción de los movi---
mientos que se están produciendo, y tercero, se necesita --
un esfuerzo consciente para desarrollar los movimientos --
conscientes que restablezcan una situación normal. Cuando
estamos tratando simplemente de eliminar un hábito, como --
la succión del pulgar, esos son los pasos a seguir. Pero --
si se ha de aprender un buen hábito que remplace al malo --
como ocurre con el paciente al cuál se le enseñará a deglu
tir normalmente para remplazar un hábito de proyección de
lengua, resulta esencial que el paciente haga un esfuerzo-
consciente de práctica hasta adquirir el nuevo hábito.

Hay veces en que las personas recaerán momentáneamen-
te en hábitos interrumpidos mucho tiempo antes, por hallar
se en la zona de duermevela previa al sueño, o por extrema
da fatiga o perturbaciones, con lo cuál se pierde el con--
trol consciente o se reduce muchísimo. En esos momentos la
respuesta muscular que en un tiempo fué enteramente automá
tica, se verá reprimida por un esfuerzo consciente. Esto --
es importante, porque el no reconocerlo ha llevado a la ge
neración de muchos conceptos erróneos.

Así nos encontramos con que un padre puede decir que
su hijo aún se succiona el pulgar, cuando en realidad, el
hábito ya no es eficaz como factor etiológico en el desa--
rrollo de una mala oclusión. El niño puede en verdad chu--
parse el pulgar por unos pocos minutos antes de dormirse--
si estuvo sometido a una tensión desusada o si ha sido muy
alterado por una perturbación emocional. Si éstas situacio
nes son raras o momentáneas, la fuerza ejercida, aunque de
dirección anormal, no tendrá su efecto pernicioso, por ha-
ber sido sólo transitoria. El hueso tolerará fuerzas en u-
na dirección que de otro modo podría producir una perturba
ción, siempre que la fuerza sea aplicada sólo ocasionalmen-

te y que sea transitoria. En nuestra alimentación normal ejercemos fuerzas que podrían ser nocivas si fueran aplicadas por largos períodos de tiempo. Cuando mordemos una manzana se ejerce una fuerza sobre el hueso de sostén semejante a la que podría realizar la succión del pulgar. Para -- que una fuerza sea nociva, no sólo debe ser ejercida en una dirección impropia, sino también es necesario que sea -- dominante y que actúe sobre el hueso por un período prolongado.

Como consecuencia de no haber reconocido que los individuos caen en sus hábitos cuando han perdido o están perdiendo su control consciente, nos encontramos con que algunas veces se extrae la conclusión errónea de que el factor que causa una severa perturbación emocional es la causa -- del hábito. Por ejemplo: la succión del pulgar puede establecerse muy tempranamente en la vida, antes de que se haya generado perturbación emocional alguna. Si posteriormente se generara alguna perturbación, se verá que el niño se succiona el pulgar cada vez que se produce la alteración emocional. En realidad, ésta afecta sólo la frecuencia de -- realización del hábito y la intensidad con la que se efectúa, pero no fué la razón original de formación del hábito.

Por lo tanto, enviar al niño al psiquiatra o al psicólogo por un problema emocional, en la esperanza de que así quiebren su hábito, es no reconocer que el hábito estaba originariamente en él y que podría ser no jamás superado -- con la mera eliminación de la causa de la perturbación emocional. Aún cuando el niño está emocionalmente perturbado, podría producirse la ruptura del hábito en un grado que lo torne inocuo, si es que el niño está dispuesto y con voluntad de cooperar. El odontólogo con deseos de instituir adecuadamente y guiar a su paciente es el mejor capacitado pa

ra determinar si el niño está dispuesto y tiene voluntad de cooperar.

PLASTICIDAD DEL HUESO

El hueso es el más plástico de todos los tejidos vivos. Hemley dice:

"Aunque normalmente es una sustancia dura, el hueso es también uno de los tejidos más plásticos de todo el organismo. El término plasticidad, usado en éste sentido, no se refiere a una propiedad física del hueso.

En realidad, el hueso es una sustancia elástica, y la propiedad de la elasticidad es la antítesis de la plasticidad. El hueso cederá a la presión en una rápida respuesta a las modificaciones del medio. Es sólo en un sentido biológico que el hueso es plástico. Un vaso sanguíneo apoyado en el hueso formará un surco en él. El mantener comprimidos los pies, en la forma antiguamente practicada por los pueblos orientales, restringe el crecimiento y altera la forma de las estructuras involucradas. La mayoría de las neoplasias, quistes e infecciones, como la osteomielitis causan tanto destrucción como deformación ósea. El hueso experimenta cambios continuamente con el fin de afrontar las condiciones variables de su medio. Esta cualidad plástica del hueso es conducente, y los explica a cambios constantes en la estructura y forma del tejido óseo, en respuesta a las fuerzas externas. Es el carácter plástico inherente del hueso, su capacidad de cambio de forma de respuesta al medio, el responsable de la íntima relación entre forma y función.

Cuando hablamos de mala oclusión, automáticamente implicamos que es una deformidad del hueso alveolar, que da

sostén a las raíces dentales. Cuando un ortodoncista corrige una mala oclusión, modifica la forma del hueso alveolar al ejercer fuerzas sobre el hueso con aparatos unidos a los dientes. Es la cualidad plástica del hueso la que permite la realización de esas transformaciones. Esta característica de la plasticidad es la que hace que el hueso adquiera una forma anormal cuando se le somete a fuerzas anormales. Si los músculos de la cavidad oral, y los que la rodean funcionan apropiadamente, y si la dentición crece en la forma debida, el paciente generará una oclusión normal. Si el hueso alveolar de sostén está sometido a fuerzas anormales, por una acción inapropiada de los músculos de la cavidad bucal y los que la circundan, adquiere una forma anormal, y los dientes que eran sostenidos por ese hueso consecuentemente, adquirirán posiciones anormales.

Los hábitos han sido mencionados frecuentemente como factor etiológico en el desarrollo de maloclusiones. Sin embargo, no se debe formular la conclusión de que todos los hábitos son perjudiciales. Una no podría crecer y llevar una vida normal si no fuera por los hábitos. Dorland define el hábito como "una práctica constante y fija, establecida por la repetición frecuente". Cualquier hábito que tendiera a dar por resultado la generación de una forma ósea anormal, al ejercer presiones anormales sobre los dientes, debe ser considerado un hábito pernicioso.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo, cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en el mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Estos hábitos compulsivos, expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad, cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retráe hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada en su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

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

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables, y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos, y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de jug

gos y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De éstas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado, para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, en un nuevo patrón de conducta más consistente, con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

CLASIFICACION DE LOS MALOS HABITOS

- I. Hábitos correspondientes a perversiones de los procesos fisiológicos normales:
 - a) Hábitos de succión
 - b) Hábitos anormales de la respiración
 - c) Hábitos anormales de la deglución
 - d) Hábitos anormales de la fonación
- II. Hábitos diversos:

De la lengua, de las mejillas, introducir cuerpos extraños en la cavidad oral, roerse las uñas, etc.
- III. Hábitos de postura:

Presiones anormales, malos hábitos al dormir o estudiar, mímica, etc.
- IV. Hábitos nerviosos espasmódicos:

Respuesta del infante bajo stress, actitud paterna etc.

CAPITULO II

LOS HABITOS MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS

Reflejo de succión.
Succión digital.
Respiración bucal.
Deglución.
Empuje lingual.
Empuje del frenillo.
Mordedura de uñas.
Presión de labio.
Bruxismo.

REFLEJO DE SUCCION

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida, revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad la necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque éstos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre, que sigue a la succión, hacen que éste reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a la boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto. El intento de llevar a la boca un objeto "bueno" se denomina introyección. El recha-

zo de un objeto "malo" se denomina proyección. En éste comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas "pruebas" bucales evidentemente no sólo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, sino que también son un medio de probar, con los sentidos indisponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando éstas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones de hambre u otro malestar, al introducirse el dedo o pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca, se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran ésto, como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

SUCCION DIGITAL

William James, el eminente psicólogo escribió:

Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cuál tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Los hábitos en relación con la maloclusión, deberán ser clasificados como: 1) Útiles, 2) Dañinos. Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos, son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas como

tra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios, y chuparse los pulgares.

Maryett, Hansen, Davisson y Sandilands escribieron:

El chuparse el pulgar es un hábito adquirido sencillo y contradice la teoría psicoanalítica que atribuye éste hábito a un síntoma de trastorno emocional más profundo.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y éste constituye su intercambio más importante en el mundo exterior. De él obtiene no sólo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de su vida. Mediante el acto de chupar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los pediatras y los psiquiatras han reconocido la importancia de ésta vía de comunicación en el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de ésta vía de comunicación.

Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal manera que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. El niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también en toda la zona que

se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia -- el hombre todavía no ha inventado un substitutivo para el amor y el afecto.

La tetilla artificial corriente sólo hace contacto --- con la membrana mucosa de los labios. Falta el calor por a sociación, dado por el seno y el cuerpo materno, y la fi--- siología de la lactancia no es imitada. Debido al mal dise--- ño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción del émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido. El mamar, se convierte en chupar, y con frecuencia, debido al gran a gujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiados esfuerzos. Para realizar el proceso de llevar la leche hacia atrás en el menor tiempo--- posible, la utilización de una botella de plástico blando, permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.

Un estudio objetivo, realizado con computadora, sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada apoya las observaciones de Anderson, de que los niños ama--- mantados en forma natural, están mejor ajustados y poseen--- menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles. En un estudio que comparó la--- lactancia con taza, biberón y pecho natural, se observó un reflejo de mamar más fuerte en los niños alimentados en --- forma natural.

Balters y sus colaboradores, en Alemania, concluyeron que mediaban otros factores, las tetillas de goma artifi--- ciales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia - artificial causan muchos problemas ortodoncicos y pediatri--- cos. La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el ni-

No chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido, el niño por lo tanto, deberá ser "eructado" - con mayor frecuencia.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fué diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla de látex diseñada funcionalmente, elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores. Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia - de éste mecanismo para la euforia fué perfeccionado el "ejercitador" o "pacificador". Se espera que ésta tetilla anatómica, junto con el ejercitador, usado correctamente, - reduzca considerablemente la ansiedad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir. La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo amamantando a su hijo. Se recomienda un mínimo de media hora por intervalo. Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y de otros medios de gratificación por ésto, no puede ser establecida una norma firme e inflexible. La madre deberá resolver ésta situación, al igual - que las muchas relaciones que tiene con sus hijos. Pero si comete un error, es mejor que éste error no sea el de dar poca atención y descuidar las necesidades mínimas de la - lactancia. La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada -

junto con el contacto materno y los mimos, la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente. Se recomienda el uso del chupete fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de la erupción de los dientes y en otros momentos para suplemetar los ejercicios de la lactancia.

Gesell e Ilg, del Laboratorio de Desarrollo Infantil de Yale, afirman que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño. La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la lengua, que pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerán espontáneamente al final del segundo año si se presta atención debida a la lactancia. Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal, esto es el primer año y medio de la vida, es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos niños no lo harán, y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí sólo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres, para sacar el dedo de la boca, da a los niños una arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue. Ningún padre debería fijarse en este hábito, no obstante la provocación. Esta observación es aplicable a todas las edades. En los casos más persistentes, siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito. Esto parece ser una de ---

las explicaciones de la prolongación del hábito en niños - que se encuentran más allá de la edad en que éste hábito - normalmente sería eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

La duración de éste hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. El niño que chupa esporádicamente, sólo cuando se va a dormir - causará menos daños que aquel que continuamente tiene el - dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros el hábito del pulgar no es más que la - inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador. Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos - dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de - la boca, el dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

Estos, por lo tanto constituyen el trío de factores - que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder con testar la pregunta acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento. La duración, - frecuencia e intensidad; éste trío de factores deberán calificar las conclusiones de psiquiatra, el pediatra y el - dentista. La morfología inicial y el patrón dento-facial - inherente condicionan aún más cualquier predicción de la o clusión final.

RESPIRACION BUCAL

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías: 1) Por obstrucción, 2) -- Por hábito, y 3) Por anatomía. Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire á través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca, lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cuál de éstas categorías corresponde el niño. Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos, que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético, éstos niños presentan mayor propensidad a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por: - 1) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas - frías y cálidas o aire contaminado; 2) Tabique nasal des--viado con bloqueo del conducto nasal, y 3) Adenoides agrandados,

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los ni

ños de corta edad respiren por la boca por ésta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí sólo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural - causa la contracción del tejido adenoideo.

Los individuos que respiran por la boca, o bien por - boca y nariz, tienen generalmente un aspecto característico llamado "facies adenoidea". Estas facies se presentan - cuando el hábito es adquirido durante los primeros años de la vida, estando relacionado directamente al tipo Dolicocefalo o Ectomorfo. Estos individuos dan la impresión de padecer retardo mental.

Estos individuos presentan los incisivos maxilares en protrusión, pequeños mentones y su boca está constantemente abierta.

Según James y Hastings, la facies adenoidea y el hábito de tener la boca abierta, es particular sólo de éste tipo de individuos.

También es característico que la base de la nariz aparezca aplanada, las ventanas de la nariz pequeñas y subdesarrolladas, el labio superior corto, el labio inferior -- grueso y enrollado.

El maxilar es angosto en forma de V con la bóveda palatina alta presentando frecuentemente marcadas sobremordidas horizontal y vertical. La relación oclusal puede estar en neutroclusión, pero más frecuentemente en distooclusión.

DEGLUCION

La retención de la deglución infantil se define como la persistencia indebida del reflejo de deglución infantil muy pocas personas lo tienen, quienes sí, habitualmente ocluyen sólo sobre un molar en cada cuadrante. Además, mues

tran contracciones fuertes, casi violentas, de los músculos inervados por el séptimo par craneal durante la deglución, mientras la lengua es protruida marcadamente y sostenida entre todos los dientes, durante los estadios iniciales de la deglución, éstos pacientes, no tienen rostros expresivos, porque los músculos inervados por el séptimo par están siendo usados para el esfuerzo masivo de estabilizar la mandíbula y no para los movimientos faciales delicados.

Los pacientes con deglución infantil, tienen serias dificultades en la masticación y un umbral de arcadas muy bajo. Se sabe poco respecto a éste problema clínico serio. Algunos creen que la retención de la deglución infantil va acompañada por una regresión de personalidad infantil. El pronóstico para la corrección es muy pobre, ya que tenemos dificultad en condicionar un reflejo tan primitivo como la deglución infantil. Se confía en que la retención verdadera de la deglución infantil es rara.

EMPUJE LINGUAL

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Sin embargo no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta sólo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado y de hecho, puede ser fortalecido. 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 una lengua agrandada, que puede tener igual impor-

tancia en la formación de la mordida abierta y dientes anteriores en protrusión.

Las degluciones con la lengua adelantada, que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de dos tipos: 1) La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos, y 2) La deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados. El niño normalmente traga con los dientes en oclusión, los labios probablemente juntos, y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores. La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aún cuando el hábito pueda ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución. Los empujes linguales complejos, por otra parte, muy probablemente están asociados con incomodidad naso-respiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis. Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares fauciales agrandados. Para evitar ésta situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa. El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución, mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares. Durante la respiración crónica bucal, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. Como el mantenimiento de la vía de aire es un reflejo más primitivo y e

xigente que la deglución madura, ésta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan se parados durante la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada.

EMPUJE DEL FRENILLO

Un hábito raras veces observado es el del empuje del frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están es paciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre éstos dientes y dejarlo en ésta posición-cierta cantidad de minutos, hay niños que se jactan de poder succionar el frenillo durante varias horas.

MORDEDURA DE UÑAS

Un hábito desarrollado después de chuparse el dedo es el de morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará di rectamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas, ésto ocurre más o menos a la edad de 3 o 4 años, alcanza su pico de incidencia durante la pubertad. - En un estudio de las fuerzas armadas, se ha observado que aproximadamente 80 por 100 de todos los individuos que se muerden o se han mordido las uñas. Morderse las uñas, alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años. Un hábito como cualquier conducta general, no deberá ser - considerado malo, a menos que realmente perjudique, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes le rodean. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos, se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar, o in

cluso las mejillas o la lengua de la persona, como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

PRESION DE LABIO

Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal, éste permanece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído. A ésta afección se le denomina postura de descanso incompetente del labio. Debido al intento para crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón. Neurológicamente, existe sin duda cierta cantidad de retroalimentación. Los receptores (husos musculares) han sido encontrados en los músculos labiales. Las terminaciones nerviosas táctiles de los labios reciben impulsos exteroceptivos generales. La presencia de fibras propioceptivas en el nervio facial no ha sido establecida. Para la exterocepción los impulsos táctiles viajan por las ramas maxilar superior y maxilar inferior del trigémino. Para la enterocepción, parece ser que los impulsos viscerales emplean la misma vía. Con maloclusión e interferencia morfológica con actividad normal de los labios, la actividad compensadora se inicia por los impulsos sensoriales, éstos viajan hasta la corteza motora, la cual inicia movimientos volitivos.

Sin embargo, parece ser que la mayor parte de ésta actividad es refleja, viajando del núcleo sensorial del nervio - facial.

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo del grado de su formación la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución. Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más-intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una fuerza poderosa hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión, con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida-abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. Esto significa que se ejerce una fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil-veces diarias. Muchos niños que se chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente, pero desgraciadamente más poderoso.

BRUXISMO

Otro hábito observado en los niños es el del bruxismo o frotarse los dientes entre sí. Este es generalmente un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque puede-observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de -

las rozaduras a distancia.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades - orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LOS MALOS HABITOS

Etiología de la succión digital.

Etiología de la respiración bucal.

Etiología de la deglución.

Etiología del empuje lingual.

Etiología del empuje del frenillo.

Etiología de la mordedura de uñas.

Etiología de la presión de labio.

Etiología del bruxismo.

ETIOLOGIA DE LA SUCCION DIGITAL

No obstante su aparente sencillez, la etiología del problema de los hábitos es en extremo compleja y de difícil precisión. Cabe afirmar que está influida en mucho, -- por las particulares circunstancias inherentes a la vida contemporánea. Antaño el niño luchaba por subsistir, hasta cierta edad, succionando el pecho materno y alimentándose directamente de él. Hoy, en cambio, ésta función se suplementa mediante el empleo de chupones y leches condensadas, preparadas y deshidratadas.

A diferencia de tiempos pasados, en que el acento se cargaba simplemente sobre el mal hábito, sin indagarse su causa, o sobre la defectuosa o mal orientada educación del niño, hoy día se presta especial cuidado, gracias a los modernos hallazgos de la psicología profunda, a los factores emocionales que determinan la formación del hábito.

Freud señaló la importancia y los factores de la fase oral en el desarrollo de la personalidad, y en pos del distinguido maestro vienés muchos otros autores abundaron sobre el mismo tema. Consecuencia de éstos desenvolvimientos y de múltiples estudios de carácter científico, fué que se ubicara a los malos hábitos en su correcta dimensión; fenómeno perfectamente normal a cierta edad, y consecuencia, a menudo, de trastornos emocionales que gravan la psiquis -- del niño.

Erikson, ha hablado en frase afortunada, de aquella edad en que el niño "vive y ama a través de su boca", refiriéndose a la temprana infancia, en que es la boca el instrumento de comunicación del hombre con el medio que lo envuelve, y en que el niño se lleva a la cavidad oral cuantos objetos encuentra al alcance de su mano. En el mismo orden de ideas, y frente a quienes todavía recomiendan la-

abrupta supresión del hábito mediante amenazas o procedimientos mecánicos, Ribble, pinta con elocuencia los trastornos que acarrea la frustración oral, precisamente en la época en que la boca es para el niño "el mundo de su más profunda seguridad".

Por lo que se refiere a la influencia del desarrollo intelectual sobre los malos hábitos, es interesante traer a colación aquí las investigaciones realizadas por Shanks, de la Universidad de Toronto, Canadá. Este autor llevó a cabo un estudio sobre niños de cinco y medio a ocho y medio años de edad, para determinar la relación que existe entre la incidencia de los hábitos de succión y la inteligencia. En el curso de su análisis, Shanks tomó en consideración el amamantamiento del niño, el tipo de hábito y el nivel de inteligencia, que se estudió mediante el examen de Stanford-Binet-Simon. Los resultados de la investigación fueron asombrosos, al revelar que la incidencia de hábitos de succión era considerablemente más elevada en los niños cuyo desarrollo intelectual era menor.

En el síndrome de ciertos malos hábitos de succión, que eventualmente pueden traducirse en malformaciones, conviene considerar las características de chupones y mamilas que a menudo no obedecen a un diseño adecuado desde el punto de vista fisiológico. En efecto, las mamilas modernas que por lo demás resultan inadecuadas para substituir el amamantamiento normal, suelen ser demasiado largas, y de esta manera penetran excesivamente en el paladar y originan con todo, posiciones inapropiadas de la lengua.

Por otra parte, las madres acostumbran ensanchar en demasía el orificio de la mamila, con la perniciosa consecuencia de que llega demasiada leche al niño y lo obliga a colocar la lengua en posición defectuosa, ante la necesidad de contener el flujo del líquido.

Las principales causas para adquirir un mal hábito oral son las siguientes:

- a) Imitación de otros niños que practican el hábito.
- b) Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar.
- c) Dificultades y conflictos familiares.
- d) Presión escolar en el trabajo.
- e) Ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades.
- f) Programas impropios de violencia o terror no aptos para menores.
- g) Molestias que causan la erupción de los primeros dientes.
- h) Falta de satisfacción oral en la forma de la alimentación.

ETIOLOGIA DE LA RESPIRACION BUCAL

Predisposición anatómica.- Es frecuente observar el hábito de respirar por la boca en individuos de cara alargada, delgados, clasificados como Dolicocefalos en quienes el espacio faríngeo es normalmente largo, pero angosto.

Sieberman puntualizó que en los individuos con cara ancha, son raros los adenoides y la respiración bucal, --- mientras que Poncher, Massler y Brash, han sugerido que -- los adenoides pueden ser siempre evidencia de la falta de espacio de la nasofaringe. Linder y Aronson consideran la estrechez de los pasajes nasales y de la nasofaringe, como la causa principal. Marshall, lo relaciona con el creci--- miento anormal de la faringe.

Inflamación de la mucosa,- Marshall, James y Hastings opinan que la inflamación de la mucosa nasal, es más impor tante que la hipertrofia del tejido linfoide, ya que la a-

sociación de estados catarrales con la inflamación del tejido aréctil, disminuyen el pasaje de aereación, interfiriendo con la respiración nasal apropiada.

La inflamación e hipertrofia de los cornetes, especialmente del medio, obstruye los meatos, siendo más frecuente cuando el séptum está desviado. Escriben Wright y Neivent, que aquellos individuos que padecen constantes ataques de rinosinusitis y rinoestenosis y que no han sido tratados, adquieren un estado inflamatorio crónico de la mucosa nasal, la cuál puede ser causante a su vez de los pólipos nasales.

Adenoides y amígdalas.- Según Proctor, la hiperplasia del tejido linfoide se manifiesta normalmente en niños desde a seis años de edad, disminuyendo lentamente de tamaño después de ésta edad, haciéndose mínimo su tamaño durante la adolescencia.

Fry opina que durante la infancia la hiperplasia de ambas amígdalas y adenoides debe considerarse como un proceso normal. Ocasionalmente aumentan de tamaño aún sin infección. Esto puede ser suficiente para interferir con la respiración nasal normal y en ocasiones obstruyen los orificios de las trompas de Eustaquio, causando la otitis media.

Todd y Marshall, sugieren que las vegetaciones adenoides producen complicaciones que pueden modificar el patrón facial de crecimiento.

Septum nasal desviado.- Espinas óseas nasales, desviaciones severas y subluxaciones debidas, generalmente a traumatismos, pueden disminuir el paso aéreo, interfiriendo con la respiración normal.

Alergias.- Alrededor del sexto mes de edad, aparecen los primeros síntomas de alergia nasal. Esta se manifiesta por constipación nasal, frotamiento de la nariz, chupeteo-

de los dedos y respiración bucal. Coincide en ocasiones -- con la erupción de los incisivos centrales mandibulares.

La obstrucción funcional puede ocurrir debido a que -- la alergia produce un engrosamiento capilar en la base de -- la membrana mucosa.

Desequilibrio muscular y el hábito de tener la boca a -- bierta.- Si el paladar blando es elevado y mantenido en -- contacto con la pared faríngea posterior, la respiración -- puede hacerse completamente bucal, ya sea temporal o perma -- nente.

Ballard sugiere que la respiración bucal se debe a la -- hipotonía muscular congénita de los labios, lengua y pala -- dar blando.

Gwyanne y Evans afirman que las fallas de la muscula -- tura bucofaríngea es más común en los niños, que la obs -- trucción nasal debida a los adenoides. El hábito de la res -- piración bucal estudiado por Humphrey y Leighton resultó -- estar presente en más de la mitad de un grupo de 1033 ca -- sos con hábito de tener boca abierta.

Niños que han practicado el hábito de chuparse el de -- do durante la dentición mixta, al cesar el hábito, la de -- formidad maxilar ocasionada es tan aparente que el sellado de los labios es difícil de obtener. Esto conduce al hábi -- to de tener la boca abierta y propicia la respiración bu -- cal, principalmente durante el sueño.

Catlin, es de la misma opinión y agrega que los ojos, -- y los labios deben permanecer cerrados durante el sueño.

También se ha observado que cuando el tamaño de la -- lengua es excesivo, conduce a la respiración bucal, ya que es necesario tener la boca abierta constantemente. Esta si -- tuación está asociada generalmente con trastornos endócri -- nos, como en el hipertiroidismo y estados acromegálicos.

Ocasionalmente las coanas posteriores están cubiertas

por una membrana que obstruye completamente el paso del ai re nasal. A ésta situación se le denomina "atresia congénita de las coanas", que es poco frecuente.

Condiciones climatológicas.- Una de las funciones de la respiración nasal es la de calentar y humedecer el aire inspirado. Cambios en el clima se reflejan en la vasomo---ción de la mucosa nasal. El aire tibio y caliente dilata - la mucosa causando obstrucción, que puede provocar respiración bucal temporal.

Catlin, puntualizó que la principal causa que produce la respiración bucal, es la inspiración del aire sobrecalentado. El aire seco y caliente de las habitaciones durante el invierno reseca la mucosa, congestionándola. También el aire contaminado y sucio de áreas industriales, agravaésta situación.

Sinusitis.- La sinusitis como factor de la respira---ción bucal, puede estar asociada con descargas nasales contínuas, con ataques recurrentes de otitis media, con aumento de temperatura esporádica, con nefritis crónica y anorexia habitual.

La hipersensibilidad de la mucosa, asociada al aire - seco y sucio conduce a la rinitis crónica y sinusitis. Esta a su vez produce una baja en las defensas de la mucosa-nasal, dando como resultado una congestión crónica y posteriormente infección.

Hábito residual.- Es frecuente encontrar que la respiración bucal persiste aún después de haberse removido las-obstrucciones nasales orgánicas. En niños normales con deficiencia en la fijación de la atención y en niños retardados, es muy común observar que permanecen con la boca a---bierta constantemente, propiciando la respiración bucal.

ETIOLOGIA DE LA DEGLUCION

Ignorar la necesidad de calor, bienestar y euforia, - significa que existe mayor posibilidad de presentarse la - deglución infantil prolongada.

Cuando los músculos que actúan en la deglución no funcionan uniformemente, y presentan contracciones pervertidas, especialmente en lo que se refiere a la contracción e xagerada durante la succión y al espasmo de la lengua, ocasiona una deglución inadecuada.

ETIOLOGIA DEL EMPUJE LINGUAL

Anderson corrobora las observaciones de Moyers, cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante, constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.

Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas y adenoides agrandadas.

Como Moyers y Linder-Aronson, han demostrado que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante, puede ser consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

ETIOLOGIA DEL EMPUJE DEL FRENILLO

Si existe un frenillo bucal anterior largo, y los incisivos permanentes superiores se encuentran muy separados el niño puede tener el hábito de chupárselo, y permanecer así cierta cantidad de minutos. Este hábito se inicia probablemente como parte de un juego ocioso.

ETIOLOGIA DE LA MORDEDURA DE UÑAS

Después de chuparse el dedo, morderse las uñas es el-

hábito vicioso más frecuente. Se considera que es la transferencia de un hábito frustrado o prohibido de chuparse el dedo. Massler y Wood sugieren que, puesto que el hábito de chuparse el dedo es normal para el niño, el hábito de morderse las uñas, de modo semejante, puede ser normal para los niños en edad escolar.

El hábito de morderse las uñas satisface una necesidad de obtener cierto placer. Este hábito sirve para aliviar la ansiedad.

ETIOLOGIA DE LA PRESION DE LABIO

En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios sobre lingual de los incisivos superiores. Para lograr ésta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución.

ETIOLOGIA DEL BRUXISMO

La etiología del bruxismo es muy oscura. Puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda, pero también existe un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar. Los individuos nerviosos son más propensos a desgastarse, rechinar y fracturarse los dientes con movimientos de bruxismo. General-

mente, existe una sobremordida más profunda que lo normal,
una restauración "alta", una unidad dental mal puesta etc.

CAPITULO IV

EFFECTOS PRODUCIDOS

Efectos dentales de succiones a largo plazo del pul--
gar y otros dedos.

Efectos de la respiración bucal.

Problemas de la deglución.

Efectos del empuje anormal de la lengua.

Efectos del empuje del frenillo.

Efectos de la mordedura de uñas.

Efectos de morderse los labios.

Efectos del bruxismo.

Otras repercusiones.

EFFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y OTROS DEDOS

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes. Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta, que comprende entre los seis y doce años, pueden producirse consecuencias desfigurantes. La gravedad del desplazamiento de los dientes dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

El desplazamiento de dientes o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes: 1) De la posición del dedo en la boca, y 2) De la acción de palanca que ejerza el niño contra los otros dientes y el alveolo por la fuerza que genera, si además de succionar, presiona contra los dientes.

Observando el contorno presente de la mordida abierta casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede 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.

El mal alineamiento de los dientes, generalmente produce una abertura labial pronunciada de los dientes 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 los dientes 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 sobreerupción en los dientes posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta. Se puede dudar de que la succión del pulgar produzca un estrechamiento en la sección palatina. 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 comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio superior 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 vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción del músculo mentalis al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de los dientes anteriores inferiores. Al mismo tiempo, el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de los dientes anteriores superiores, con algo de fuerza, durante la fase final de espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra los dientes por la musculatura peribucal puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

Sin embargo, debe mantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y diente en el niño que exhibe hábitos bucales. El hecho de que el niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, primera división, y casualmente también succione su pulgar, no justifi

ca la conclusión de que succionar el dedo, por sí sólo, -- produjo la moloclusión de segunda clase. Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia. La observación minuciosa de las oclusiones de los padres, puede revelar factores importantes a éste respecto.

EFECTOS DE LA RESPIRACION BUCAL

Los efectos producidos por la respiración bucal, son tan numerosos como los factores etiológicos. Algunos efectos actúan directamente sobre el crecimiento craneo-facial y otros sobre el estado general del individuo.

Efectos sobre el aparato respiratorio.- La respiración bucal habitual prolongada puede iniciar cambios inflamatorios de la mucosa nasal, la que se atrofia por el desuso, mientras que las alas de la nariz se angostan y el lenguaje adquiere un tono nasal. La acción bacteristática de la secreción nasal está perdida, dando lugar a infecciones el sentido del olfato y del gusto disminuyen así como el apetito. El tejido linfoide se hipertrofia por la venaestasis y por el impacto del aire frío no filtrado. Esta hipertrofia ocasionalmente puede obstruir el tubo de Eustaquio produciendo audición defectuosa y ataques recurrentes de otitis media.

Gingivitis.- La hipertrofia gingival observada en los respiradores bucales puede ser producida por edema, pero en la mayoría de los casos es una verdadera hiperplasia. En la unión del tejido normal con el edematizado, por el lado labial se puede observar una línea de respiración bucal. Esta línea limita el área expuesta al aire, al estar los labios separados.

La falta de presión ejercida por los labios y carrillos es en parte responsable de la condición edematosa de-

la encía marginal. James y Hastings le denominan a éste estado edematosos "arrugas de tensión".

Este tipo de gingivitis puede ser el resultado de la desecación del epitelio gingival y de la acumulación de detritus por la falta de acción de los labios, y por falta de humedad salivar, propiciando el crecimiento bacteriano. Todo esto conduce a la inflamación crónica.

El aire frío que choca contra la mucosa gingival expuesta, le produce vasoconstricción aumentando la susceptibilidad a la infección.

Todos éstos factores pueden acentuar en ausencia de una respiración bucal real, si existe el hábito de tener la boca abierta.

Cambios en la mucosa bucofaríngea.- Grandes cantidades de humedad de la mucosa oral y faríngea es absorbida por el aire inspirado por la boca. Al resecaarse la mucosa da a éstos individuos sensación de sed constante.

La nariz tiene como función limpiar, humedecer y calentar el aire inspirado. La humedad y el calentamiento facilitan el intercambio de gases disueltos como el oxígeno y el bióxido de carbono entre el aire y la sangre a través del epitelio alveolar, al no llevarse a cabo esto, los tejidos de recubrimiento del tracto respiratorio y de la boca son afectados por el impacto del aire frío, sucio y seco.

Según Leader, la respiración bucal hace que las presiones neumáticas positiva y negativa, se reduzcan tanto en la boca cuanto en la nariz.

Fabricant, sugiere que al disminuir la acción de bombeo de las presiones, se produce estasis sanguínea, la cual conduce a un estado mal sano de los tejidos de revestimiento de las mucosas, predisponiéndolas a la infección.

La respiración nasal en cambio, produce presión alta-

en nariz y boca durante la expiración, mientras que durante la inspiración, la presión negativa aumenta en ambas, - siendo mayor en la boca.

Esta acción fluctuante estimula el crecimiento normal y desarrollo de las estructuras óseas.

Cambios sinusales.- Neivent, considera que la obstrucción nasal constante produce falta de desarrollo de los senos paranasales.

Como resultado de cualquier cambio en la forma de los senos, debido a la deformación o constricción del maxilar, la voz pierde su resonancia nasal y puede causar lenguaje defectuoso.

Malposición de la mandíbula.- Durante la respiración bucal, el grupo de músculos suprahioideos, ejerce una fuerza directa hacia abajo y hacia atrás, sobre la porción anterior del cuerpo mandibular durante la deglución. Esta acción es contrarrestada en la deglución normal por los mismos músculos que inducen a los planos inclinados de los dientes oponentes a ocluir, éstos son los músculos elevadores de la mandíbula.

Yates, opina que se debe a una mala posición del cuello en la cuál la cabeza está proyectada hacia adelante, - llevando la mandíbula hacia abajo y atrás, lo que produce una forma de distoclusión.

Moyers afirma que hay pequeños cambios, pero significantes en los cóndilos y ramas mandibulares, debido a la depresión de la mandíbula en los respiradores bucales.

En aquellos casos en donde la lengua está por arriba del borde incisal de los dientes mandibulares, los molares mandibulares adquieren una inclinación lingual.

La lengua descansa flácida sobre el piso de la boca y no contrarresta las fuerzas ejercidas por los músculos buccinadores, retardando el desarrollo alveolar lateral.

Contracción del complejo naso-maxilar.- Strang, en -- 1933; Heivert, en 1939 y McCoy en 1946, sostuvieron que -- cuando la lengua se mantiene sobre el piso de la boca, en vez de estar en la bóveda palatina, hace que la fuerza modeladora de la lengua sea nula en los segmentos laterales-maxilares, dejándolos expuestos a la acción de la musculatura bucal que proyecta de ésta manera a la región de los-premolares lingualmente, por no haber engranaje intercuspidado. Esto reduce el diámetro interpremolar de los arcos -- dentarios y aumenta la longitud de los mismos, al ser forzado labialmente el segmento anterior.

Block, en 1889 y Michel en 1908, pensaron que el paladar alto de los respiradores bucales es debido a la acción de la presión del aire ejercida contra éste.

Kantorowicz, en 1916 y Wustru, en 1917 expusieron que el paladar alto, se debía al aumento de presión aérea negativa de la cavidad nasal.

Al contraerse el arco maxilar, los senos maxilares y la cavidad nasal se angostan, trayendo como consecuencia -- el angostamiento de la cara.

Por el hábito de tener la boca abierta o por obstrucción nasal real, el labio superior aparece corto y deja a los incisivos maxilares expuestos a ser proyectados labialmente, ya que la acción de los labios como modeladores, está perdida, dando como resultado incisivos en protrusión.- Esta teoría fué superada primeramente por Tomes en 1872.

Cambios en la órbita.- Daly, opina que cualquier cambio sobre el maxilar influye sobre la órbita, ya que la base del hueso maxilar, que es un triángulo propiamente dicho, debe sufrir cambios en su ápice, el cuál se encuentra en la base y parte interna de la órbita. Estas deformaciones, pueden producir cambios oculares.

Contracción de los procesos alveolares.- A la alimen-

tación con biberón, se le ha señalado como causante de deformidades del maxilar, por proyectar la porción alveolar-anterior hacia adelante, y el paladar y el septum nasal hacia arriba, disminuyendo el diámetro interalveolar.

La deficiencia de crecimiento en anchura del paladar, puede deberse también a la falta de crecimiento de la sutura interpalatina.

Howard, observó que sólo el 21.3% de los respiradores bucales, presentaba deficiencia de la anchura de los arcos dentarios.

Hay otros factores que pueden estar ligados con la --contracción de los arcos dentales y sus estructuras de soporte tales como rickets, osteoporosis no raquíctica y es--corbuto infantil. Estos factores no sólo inhiben el crecimiento sino que pueden producir una condición ósea fácil --de influenciar con fuerzas extrínsecas.

Maloclusiones.- Los respiradores bucales presentan al to índice de maloclusiones sin pertenecer a un tipo particular. Sin embargo, son comunes las distoclusiones en los individuos longilíneos.

Kroner en 1891, afirmó que la respiración nasal obs--truída, causa deformidades no sólo en los arcos dentarios, sino también en el maxilar.

Según Hamley si la respiración bucal está presente du--rante el período de crecimiento activo, conduce a la malo--clusión. Lo apoya Thoma quién dice que el desarrollo fa--cial y la oclusión normal están afectados parcialmente du--rante la dentición mixta, por estar asociadas con una con--siderable resorción y remodelación del hueso.

Emslie, Massler y Zwemer, opinan que la respiración --bucal propicia y acentúa la maloclusión de clase II divi--sión I, sólo en aquellos individuos de cara alargada.

Angostamiento de las narinas.- La obstrucción por reg

friados frecuentes, es la responsable del colapso anterior de las narinas, las cuáles actúan como válvulas en cada -- inspiración.

El niño que respira normalmente por la nariz, tiene -- buen reflejo de los músculos del ala de la nariz, los que controlan el tamaño y forma de las narinas. Al respirar -- profundamente, las narinas se dilatan, mientras que en el respirador bucal permanecen del mismo tamaño.

Labios.- Los labios permanecen separados durante la -- respiración en el respirador bucal; el labio superior pier de tonicidad, reduciéndose en longitus aparentemente, mientras que el inferior parece enrollarse.

Los labios resecos y agrietados son muy comunes en -- los respiradores bucales, presentando boqueras constante -- mente.

Caries dental.- Gibson, sugiere que los respiradores- bucales están más propensos a la caries dental, encontrán- dose siempre presente la caries blanca en ellos. Es muy co mún observar manchas verdes y amarillo-verdosas sobre la -- cara labial de los incisivos maxilares, generalmente en el tercio gingival, debido a la reducción de la acción de au- to limpieza de los labios y de la saliva.

Lengua saburral.- El efecto deshidratante de la respi ración bucal sobre los tejidos orales se manifiesta tempr a namente sobre la lengua. Los respiradores bucales se que -- jan de tener mal sabor de boca principalmente por la maña na, presentando la lengua cubierta de materia blanquecina.

Efectos sobre el estado general.- La respiración bu-- cal predispone al individuo a adquirir infecciones de las- vías respiratorias y de otros tipos por aire contaminado, -- ya que la acción protectora del agente bacterostático, li- sozima, contenido en la mucosa nasal no está actuando.

Salzmann, sugiere que éste tipo de respiración inter-

fiere con el desarrollo normal de la actividad torácica, - con retracción del esternón y de las costillas inferiores, ya que la respiración bucal es superficial y poco estimulante.

PROBLEMAS DE LA DEGLUCIÓN

Los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral infantil prolongada, así como de las actividades de lactancia que se extienden, más allá del tiempo en que deberán ser reemplazadas por un comportamiento más maduro (somático). La gran necesidad de recibir satisfacción emocional, psicológica y sensual del lactante es más abstracta, aunque no menos importante, que las exigencias concretas de la nutrición. Ambos apetitos - el de la psique y el tracto intestinal son importantes.

EFFECTOS DEL EMPUJE ANORMAL DE LA LENGUA

Cuando el niño se chupa la lengua, se alargan los dientes posteriores, produciendo la abertura de la mordida en los dientes anteriores. Los hábitos viciosos de la lengua, pueden producir grandes deformaciones.

La lengua, que está compuesta por diversos músculos, puede ser origen de muchas dificultades. Normalmente, existe un equilibrio fisiológico entre los músculos de la lengua, en la parte interna de la línea de los dientes, y la cortina de músculos faciales, en la parte exterior, que ayuda a determinar la posición de los dientes y de las estructuras óseas de la boca. Cuando se rompe el equilibrio, el empuje anormal de la lengua en la parte interna produce en los dientes, diversos grados de maloclusión.

EFFECTOS DEL EMPUJE DEL FRENILLO

El empuje del frenillo puede desarrollarse en un hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; éste efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

EFFECTOS DE LA MORDEDURA DE UÑAS

En la literatura odontológica existen algunos informes sobre maloclusión debido al hábito de morderse las uñas, pero Massler dice que "la falta de pruebas nos hace llegar a la conclusión de que el hábito ordinario de morderse las uñas no influye seriamente en la dentición. La razón de ello quizá se encuentre en el hecho de que el uso de los dientes en el acto de morderse las uñas no difiere considerablemente de la manera común de morder y desgarrar los alimentos durante la masticación".

EFFECTOS DE MORDERSE LOS LABIOS

El hábito de morderse el labio inferior produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara. Cuando éste hábito es constante, tiende a mover labialmente los dientes anteriores del maxilar, estableciendo con ello una apertura de la mordida o infraoclusión de los dientes anteriores. Los molares pueden alargarse, aumentando la mordida abierta.

Johnson analiza el hábito vicioso de los labios en esta forma:

1. La lengua se mueve hacia adelante y humedece al labio inferior.
2. El labio inferior se vuelve hacia adentro.

3. La lengua vuelve a la boca y el labio inferior queda sujeto entre los dientes.
4. Al volver el labio inferior a su posición normal, se aplica una ligera presión sobre los incisivos del maxilar, que se inclinan labialmente. El grado de protrusión depende del espesor del labio inferior, que conserva la deformidad.

EFFECTOS DEL BRUXISMO

Este hábito puede llegar a producir atrición, la cuál puede ser apenas perceptible o severa de las piezas dentarias, y puede incluso quejarse el niño de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

OTRAS REPERCUSIONES

Cómo fácilmente puede desprenderse, los malos hábitos repercuten en una cuádruple dirección dañina para el crecimiento saludable del niño. Pueden dar origen en primer lugar, a alteraciones anatómicas, que dependerán de la presión que se obligue a soportar a la cavidad oral. Así mismo, son causa de trastornos fisiológicos. En ambos sentidos inciden sobre la estética facial y, por éste camino, sobre la psicología del niño, que sufre natural quebrantamiento, al verse cohibido por burlas, motes y hasta insultos, que le hacen perder la confortante y necesaria seguridad en sí mismo.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

Diferentes conceptos sobre la solución de éstos problemas.

Métodos psicológicos utilizados para educar al niño.

Tratamiento de la succión digital.

Tratamiento de la respiración bucal.

Ejercicio pasivo de Strang para la deglución.

Tratamiento del empuje lingual.

Tratamiento del empuje del frenillo.

Tratamiento para la mordedura de uñas.

Tratamiento de la succión labial.

Tratamiento del bruxismo.

Precauciones con relación a tratamientos demasiado --
tempranos y demasiado fuertes.

DIFERENTES CONCEPTOS SOBRE LA SOLUCION DE ESTOS PROBLEMAS

Una corriente antaño muy extendida propugnaba la acción inmediata y radical ante el primer síntoma del mal hábito en el niño. Y ésto porque se temían las lamentables consecuencias a corto plazo, e incontenibles si el mal hábito perduraba. En nuestros días, sin embargo, no es ya -- tan profunda la alarma. Se ha hecho notar repetidamente inclusive, que la presencia de ciertas conductas, de ordinario clasificadas como malos hábitos, es natural e inocua en determinada edad. Entre otros autores, Massler sostiene que ningún daño ocurrirá en la cavidad oral del niño que a costumbre chupar su dedo hasta los cuatro años de edad.

Como fuere, es cierto que resulta por demás conveniente prevenir la emergencia del mal hábito en la temprana infancia, impidiendo que se convierta en costumbre del adolescente y aún del hombre, con las nocivas repercusiones a que antes se aludió. Y para tal propósito han existido, y existen todavía, caminos muy distintos.

Dos son las orientaciones básicas que privan en la actualidad por lo que respecta a éste problema. En una de ellas se pretende quebrar el mal hábito, simplemente echando mano de recursos y procedimientos mecánicos. En otra en cambio, se busca con firme orientación psicológica establecer ante todo las causas del hábito y atacarlas de raíz, -- previniendo su aparición o aliviándolas y anulándolas si -- ya se han presentado y actúan negativamente sobre el niño.

Abundan, en la primera de las direcciones señaladas -- los métodos para vencer al hábito, y pocos son los que conocen publicaciones o fotografías que ilustren elocuentemente acerca de éstos procedimientos.

Empero, se han señalado las desalentadoras consecuencias de las interferencias mecánicas como vehículo correc-

tor del mal hábito, Levy se refiere así a las violentas -- reacciones que despiertan en el niño la fijación del codo, para impedir que se lleve los dedos a la boca; a los perniciosos efectos de la restricción del movimiento, y a los tics mecánicos que desarrollan algunos pequeños, a quienes han pretendido aliviar de modo por demás incorrecto. Por otra parte, si se utilizan exclusivamente éstos métodos, se corre el riesgo de anular sólo el síntoma representado por el hábito, a costa de que el problema que lo determinó se exteriorice en alguna otra forma, más dañosa con frecuencia, que el hábito mismo, como lo serían vómitos, tartamudeo, masturbación, etc. Con razón Susman se pronuncia en pro de romper el hábito, sin causar en el niño daños psicológicos, que serán problemas mucho peores que aquellos que se pretende remediar.

Por su parte, Whitman aconseja eliminar las tensiones responsables del mal hábito, pero sugiere como método auxiliar la aplicación en los dedos del paciente de alguna --- substancia como una lección recordatoria, y administrarle poco antes de acostarse y en dosis moderadas, fenobarbital.

La segunda corriente referida es desde luego, la que tiende a imponerse en el presente, y la que ofrece mejores posibilidades de éxito hacia el porvenir. En ella se inscriben, verbi gratia, Poldy, cuando dice que el único consejo concreto que puede darse actualmente es que el médico y el cirujano dentista se interesen en el desarrollo psicológico del paciente y traten de establecer las causas psicológicas y biológicas de los hábitos. Entre aquellas pueden figurar desde luego, el simple aburrimiento. Y también las relaciones emocionales defectuosas entre la madre y el hijo, cuando el trato a éste se dispensa es ansioso en exceso e impide el equilibrado y normal desenvolvimiento del niño.

Igualmente es negativa, según lo ha demostrado Flores la posesividad de la madre que sólo a medias entrega atención y amor al niño, pero que exige en cambio, total dedicación de éste para con ella.

A su vez Kugelmass, con clara consecuencia del problema apunta que lo adecuado es tratar al niño íntegro, ésto es comprendido como un ser humano total, y no a los síntomas, definiendo cuáles son las condiciones adversas al desarrollo que inducen al mal hábito y corrigiéndolas paulatinamente. Y aquí entronca el pensamiento de éste autor, - como el de otros muchos, con los desiderata de la medicina de hoy, que busca prevenir los padecimientos y aliviar las enfermedades del individuo concreto, entendido como totalidad, y no ya, según se hacia en un ayer próximo, atacar superficialmente los síntomas del trastorno, con lo que quedaban invictas, y actuantes por ende, las causas reales -- del mal.

Es indispensable prevenir la aparición del mal hábito y tratarlo científicamente cuando ya se ha presentado.

Cualquier gravamen innecesario que se oponga a la salud psíquica del niño puede conducir al mal hábito.

MÉTODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Aunque éstos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza. Algunos ortodontistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención, habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y esta-

do de salud general del niño. Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito, como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión de dedo con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente, se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Como en el caso de una niña de diez años que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo en un lado de la cabeza. Esto continuó hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña, ésta perdió los deseos de chuparse el pulgar, y así terminó con el hábito. Sin embargo, existen otros métodos menos drásticos igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Después de conversar, sugería simplemente que quién llamaba sonaba tan "mayor" que naturalmente, no podía ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar, con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que ésta información pudiera incluirse en "el registro especial de nuestro consultorio". Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de éstos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. Naturalmente el procedimiento completo implica que los padres estén de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

I. Establecer una meta a corto plazo para romper el -

- hábito, que será de una o dos semanas.
2. No criticar al niño si el hábito continúa.
 3. Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

TRATAMIENTO DE LA SUCCION DIGITAL

Los padres, frecuentemente no saben la forma correcta de tratar el problema y casi siempre caen en métodos tales como castigos corporales, sobornos, aplicación de sustancias desagradables en el dedo o ridiculizar al niño. Esto, es contraproducente. Gellis, advierte que la colocación de artilugios sobre el pulgar, los reproches, las reprimendas y los castigos son tan imprudentes como desagradables, y sólo incrementan el negativismo del niño y los hacen sentirse desgraciados. Ambas circunstancias tienden a intensificar el hábito.

Generalmente, cuando nos llevan a un niño para que le quitemos el chupeteo, es porque casi siempre los padres -- han fracasado.

Para controlar adecuadamente el hábito de succión digital seguiremos las siguientes rutas:

- a) La primera consiste en explicarle al niño, por medios audiovisuales, las consecuencias que éste hábito puede causarle.

Se le explica también, los diferentes medios de -- control del hábito, se le informa que solamente se usarán los diferentes medios de contención en el -- caso de que el paciente persista en dicha costum-- bre.

- b) La segunda ruta consiste en detallarle al infante, los daños que se ha causado o que se está causando por chuparse el dedo, para que tenga plena con----

sciencia de ello, y se le dará a entender al pa---
ciente, el porque vamos a usar un medio de conten-
ción de dicho hábito.

En seguida, se le presentan al niño dos medios de
contención del hábito muy similares, para que esco
ja uno de ellos.

- c) La tercera ruta trata de explicarle al niño tam---
bién por medios audiovisuales, las causas y conse-
cuencias del hábito de succión digital. A continua
ción se le muestran al infante todos los medios de
contención de ésta costumbre, para que sea él ----
quién escoja el que considere más adecuado a su --
problemática.

Medios de contención:

1. Tela adhesiva en los dedos que el niño succiona.
2. Protector de hule rígido en el dedo pulgar.
3. Placa removible de acrílico tipo Howley.
4. Arco palatino con ventana.
5. Arco palatino con picos.

Con determinados niños, hay que usar más de una ruta-
para tener éxito, con otros el sólo hecho de hacerlos con-
scientes del hábito es suficiente. Para que lo eliminen es
absolutamente necesario que el paciente tome éste tipo de
tratamiento como una ayuda que el cirujano dentista le o--
frece para resolver su problema dental, y nunca como un --
castigo a un "acto indebido". A todos los medios de conten
ción debemos llamarles "recordatorios".

I. Tela adhesiva:

Una vez que hemos decidido interferir con el hábito -
de succión digital, generalmente lo iniciamos con la apli-
cación de tela adhesiva "al dedo culpable" y al vecino, u-
niéndolos antes de que el niño vaya a acostarse.

Si por la noche se quita la tela adhesiva en forma --

consciente o inconsciente, es signo indicativo de que debe mos cambiar por otro aparato oral de tipo fijo.

Si la tela adhesiva es exitosa, entonces recomendaremos a la madre que también durante el día la haga usar al niño, exclusivamente en el dedo culpable. La tela adhesiva no deberá tener una presión excesiva sobre los dedos en -- que se coloque.

2. Protector de hule rígido:

Este protector tiene como principal objeto el control del hábito en el niño menor de cinco años. Es más difícil quitárselo por la noche, como ocurre con la tela adhesiva. Sin embargo, su construcción es bastante defectuosa, con -- mucha frecuencia los bordes del aparato lastiman los dedos del niño.

La señal que nos indica la necesidad de cambiar el ti po de aparato, es cuando el protector se coloca en el dedo pulgar derecho y el niño al poco tiempo empieza a succio-- nar el pulgar de la mano izquierda.

Este aparato sirve unicamente para controlar un sólo-- dedo y en ocasiones, impide la actividad de la mano que -- tiene el aparato.

3. Placa de acrílico tipo Howley:

Este tipo de recordatorio es extraordinario en el ni-- ño que está dispuesto a usarlo. La medida del éxito la da-- el uso, que se puede apreciar cuando el menor viene a sus-- revisiones periódicas y en la frecuencia con la que pierde el aparato. Entendiéndose que la mayor frecuencia de pérdi-- da del aparato menor es el uso que se le está dando.

4. Arco palatino con ventanas:

Este medio recordatorio consiste en colocar dos ban-- das en los segundos molares primarios superiores y soldado a éstas bandas un arco palatino, el cuál en la sección in-- tercanina tiene a su vez soldada una ventana o reja que es

dirigida en sentido lingual. Esta reja no deberá interfe--rir con la oclusión ni con la masticación.

El método es altamente eficiente, sirve para contro--llar el hábito de succión digital. También para controlar -hábitos de lengua, que comunmente se asocian a los hábitos de succión digital.

El inconveniente que existe en éste aparato, es que -interfiere en la correcta dicción durante un período cerca no a las dos semanas.

También interfiere temporalmente con la correcta mas--ticación de los alimentos.

5. Arco palatino con picos:

En muchas ocasiones vemos que hay niños que requieren un recordatorio activo del hábito, pues de otra manera aco--modan su reflejo de succión a los cuatro medios de contenc--ción descritos anteriormente, es generalmente el arco pala--tino con picos el que elimina la costumbre totalmente.

Este aparato consta de un arco palatino, el cuál está soldado a dos bandas colocadas en los segundos molares pri--marios superiores.

Los picos se colocan en la zona intercanina del arco--palatino y deben dirigirse hacia abajo, en dirección lin--gual, deben ser cortos y no interferir con la oclusión ni--con los movimientos masticatorios.

Este aparato tiene el inconveniente de interferir con la correcta dicción durante un período aproximado de dos -semanas. También al igual que el anterior, interfiere con la correcta masticación durante un período aproximado de -dos semanas.

TRATAMIENTO DE LA RESPIRACION BUCAL

Aunque 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 especialmente evidente -- cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si ésta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de -- un protector bucal que bloquee el paso del aire a través -- de la boca y fuerze la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la -- nariz con el uso de un protector bucal, deberá una asegu-- rarse de que el conducto nasofaríngeo está lo suficiente-- mente abierto para permitir el intercambio de aire, inclu-- so en situaciones de respiración forzada en casos de emo-- ción extrema o ejercicio físico. Massler y Zwemer sugieren el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para compro-- bar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicár-- sele el algodón a los orificios nasales y a la boca para -- que la respiración sea totalmente natural y no forzada, co-- mo cuando se instruye al niño para que respire deliberada-- mente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la na-- ríz o sólo lo hace con gran dificultad y cuando se lo pi-- den, deberá enviársele a un rinólogo, para que éste formu-- le su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respi-- ra sin dificultad al pedírselo, incluso después de ejerci-- cio violento, hay una gran probabilidad de que la respira-- ción bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida -- con la ayuda de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un ag-- pecto típico, que a veces se describe como "facies adenoic-- dea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el --

respirar por la boca cause éste aspecto, o maloclusión, -- aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca. Los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase, también provocan respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración anormal por la boca. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche para que el niño durante el sueño se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante toda la noche evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los -- que empujan la lengua fuercen ésta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca, lo sigan haciendo y los que succionan el pulgar -- se lleven el dedo a la boca. El protector bucal por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos y debería utilizarse más extensamente.

EJERCICIO PASIVO DE STRANG PARA LA DEGLUCION

Este es un ejercicio para entrenar los músculos que actúan en la deglución a fin de que funcionen uniformemente y sin contracciones pervertidas especialmente en lo que se refiere a la contracción exagerada durante la succión y al espasmo de la lengua.

1. Téngase a la mano un espejo y un vaso lleno de agua.
2. Tome un pequeño sorbo de agua, lo suficiente para humedecer la boca.

3. Observe cuidadosamente la boca en el espejo.
4. Junte los dientes y manténgalos en ésta posición - durante todo el ejercicio.
5. Cierre suavemente los labios y trague, recordando tres cosas:
 - a) Mantener unidos los dientes.
 - b) Mantener los labios absolutamente inmóviles.
 - c) Mantener la lengua en la boca sin que haga presión contra los dientes anteriores.
6. Repita lentamente la deglución tomando un sorbo de agua cada vez que se dificulte hacerlo.
7. Hágase ésto durante dos minutos y cuando menos --- tres veces al día. Repítalo con frecuencia entre - períodos de práctica y después de una semana aumente la duración hasta tres minutos.

Si la perversión es muy marcada, puede ser necesario que el paciente aprenda éste ejercicio por etapas. En éste caso, hágase que practique primero la deglución con los -- dientes juntos, repitiéndo ésta etapa durante una semana.- Haga después que combine lo anterior con un intento para - mantener quietos los labios. Cuando haya aprendido a combinar éstas dos etapas del ejercicio, enséñele a dominar el movimiento de la lengua.

Si el paciente tiende a sacar la lengua durante la etapa final de la deglución, es muy difícil enseñarle a dominar éste hábito. Strang ha hecho notar que si el paciente vuelve la lengua hacia atrás, hacia el paladar duro, y la mantiene allí durante el ejercicio, no puede sacarla en tre los incisivos y con el transcurso del tiempo, aprende a dominarla.

TRATAMIENTO DEL EMPUJE LINGUAL

El tratamiento del empuje lingual simple consiste primeramente en familizrar al paciente con la deglución anormal. Esto puede hacerse colocando el dedo índice en la punta de la lengua y luego en la unión del paladar duro -- con el blando y diciendo al paciente "la mayoría de las -- personas tragan con ésta parte de la lengua en ésta parte del paladar. Ahora coloca la punta de tu lengua aquí arriba, junta tus dientes, cierra tus labios y traga manteniéndo la lengua en ésta posición". El uso de éstas señales -- táctiles ayuda al paciente a comprender dónde debe ir su lengua. El paciente debe ser instruído para practicar durante el intervalo hasta la próxima cita, la deglución correcta, por lo menos 40 veces por día, y registrar en una tarjeta que lo ha hecho. La práctica puede hacerse con pequeñas cantidades de agua o un trozo de cereal seco. Elásticos ortodónticos muy pequeños pueden ser sostenidos por la punta de la lengua contra el paladar durante las degluciones de práctica. Si la deglución es correcta el elástico será mantenido, si es incorrecta el elástico será tragado. Esto puede ser espaciado durante dos o tres sesiones -- de práctica cada día.

Cuando se ha aprendido el nuevo reflejo a nivel más -- consciente, es necesario reforzarlo a nivel subconsciente. En la siguiente cita, el paciente debe estar en condiciones de tragar correctamente a voluntad. Esto tendrá que ser en la segunda cita; sin embargo, mostrará degluciones anormales inconscientes. Ahora pueden usarse pastillas chatas de fruta sin azúcar para reforzar la deglución inconsciente. Las pastillas preferidas son bicóncavas y de algún sabor ácido cítrico como el limón. Se instruye al paciente -- que coloque una de las pastillas sobre la lengua y la mantenga contra el paladar en la posición correcta hasta que se haya disuelto completamente. En ninguna circunstancia --

deberá tomar un trozo de caramelo cuando no es parte del programa terapéutico. Hacer que el paciente controle el tiempo, usando un reloj con segundero. Debe registrar en una tarjeta el tiempo en minutos y segundos, reemplazar inmediatamente la pastilla en su lugar correcto, y volver a tomar el tiempo. Al principio, podrá sostenerla en su lugar apenas unos segundos, pero gradualmente aprenderá. Mientras está aprendiendo, inconscientemente está deglutiendo en forma correcta, ya que el procedimiento de tomar el tiempo brinda un poco de competencia, y se olvida de las degluciones. Habitualmente, una sesión de práctica por día con la disolución de una pastilla es satisfactorio. El procedimiento de registrar el tiempo, no debe omitirse ya que sus efectos de distracción son muy importantes. Estos dos pasos corregirán un gran porcentaje de todos los empujes linguales simples. Sin embargo, a veces es necesario un paso adicional.

Como tercer paso, se puede colocar un arco lingual soldado, adaptado cuidadosamente a los dientes, llevando puntas cortas de 2 mm aproximadamente, agudas estratégicamente ubicadas. Para protegerse, la lengua se retira de la posición normal y se ubica correctamente durante la deglución. No se deberá colocar un aparato así como primer paso en la terapia. Es demasiado traumático para el paciente y muchos de ellos simplemente lo arrancan de la boca. Sin embargo, si los pasos primero y segundo han sido realizados correctamente, el paciente puede entonces aceptar el aparato.

Todos los empujes linguales simples deben ser corregidos por éstos tres procedimientos en secuencia. Cuando no se corrigen, hay un error de diagnóstico y no se trata de un empuje lingual simple.

TRATAMIENTO DEL EMPUJE DEL FRENILLO

Cuando el frenillo labial es largo, fibroso y mantiene muy separados los incisivos centrales y laterales superiores, el tratamiento será quirúrgico.

TRATAMIENTO PARA LA MORDEDURA DE UÑAS

Massler dice que casi todos los autores están acordes en que el tratamiento sintomático del hábito mediante sustancias de sabor desagradable, prohibiciones, reprimendas, y burlas carecen de valor, y en realidad es contraproducente y perjudicial. Como el hábito es sintomático, muchos investigadores coinciden en opinar que el tratamiento deberá esforzarse por reducir la tensión del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza en el individuo y con ello aliviar las tensiones internas. El tratamiento deberá procurar ante todo, eliminar los factores emocionales que son causa del acto. Nunca deberá recurrirse a la amenaza o al castigo. La ayuda de los padres y de quienes rodean al paciente deberá consistir en sugerir actividades interesantes, ejercicios al aire libre, en alentar los juegos con otros niños en edad semejante, la participación en las reuniones infantiles o en cualquier actividad que haga que el niño salga de sí mismo y sienta que los demás lo quieren y lo necesitan.

Se ha indicado que el barniz para las uñas, es muy útil en muchos casos, para recordar al niño su resolución de abandonar el hábito.

Isaacs, ha estudiado el empleo, del aceite de oliva aplicado a las uñas. Su efecto físico es un factor muy importante, pues hace que las uñas sean blandas y lisas, sin bordes desgarrados, por lo que el niño siente menos tenta-

ción de morderlas.

TRATAMIENTO DE LA SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de éste. El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior - sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre los dientes anteriores superiores.

TRATAMIENTO DEL BRUXISMO

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el 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 resiste al frotamiento, de ésta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

PRECAUSIONES CON RELACION A TRATAMIENTOS "DEMASIADO TEMPRANOS Y DEMASIADO FUERTES"

Después de haber desarrollado los tratamientos de hábitos bucales infantiles, el odontólogo se siente muchas veces inclinado a tratarlos con exceso y demasiado temprano. Klein, ofrece un enfoque más precavido con la sugerencia

cia de diferenciar el hábito de succión significativo, del hábito de succión vacío. Describe al hábito significativo como aquel que funciona como un importante soporte psicológico para el niño. El tratamiento acertado de éste tipo de hábito deberá orientarse psicológicamente. Por otro lado, el hábito de succión vacío es aquel que persiste a pesar de haberse determinado que el niño no necesita el apoyo -- que el hábito parece proporcionar. En éstos casos, la corrección del hábito se realiza mejor por medios odontológicos es decir, por la aplicación de un instrumento recordatorio Klein afirma que el niño deberá mostrar un sincero deseo de corregir el hábito, antes de que el odontólogo le aplique el aparato.

CAPITULO VI

PREVENCION

Indicaciones para la prevención de los malos hábitos.

INDICACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS MALOS HABITOS

El sistema de alumbramiento natural, defendido por un buen número de médicos, contribuye probablemente, a evitar deformaciones y traumas faciales que en el futuro podrían desencadenar, a partir de malformaciones ciertos malos hábitos.

Es importante, según se desprende de los estudios de Jackson y Klatskin, que el recién nacido permanezca en el mismo cuarto del hospital que ocupaba la madre. Porque la permanencia del niño con la madre, la contigüidad física y la inconsciente comunicación de que ella deriva, brindan a ambos una seguridad emocional que no debe perderse de vista.

Por razones tanto psicológicas como fisiológicas, el amamantamiento personal del hijo por la madre, constituye la mejor solución al problema de la lactancia. Así se colocará al recién nacido en posibilidad de resolver satisfactoriamente dos problemas angulares de su vida. Uno de ellos físico-biológico, al obligarle a luchar para alimentarse, con el consiguiente desarrollo de los músculos orales, que en nada favorecen las mamilas. Otro, psicosomático ya que el niño que se alimenta en brazos de su madre adquiere sentimientos de seguridad, alegría y protección. A éste aspecto, se ha podido observar que entre los otomíes, y los tarascos, se acostumbra permitir que el niño permanezca durante varias horas en contacto con el pecho de la madre, comiendo o jugando simplemente. Es significativo -- que en tales tribus no se presenten problemas de chupadores de dedos ni de deglución anormal.

Aún cuando no es posible substituir completamente el amamantamiento natural por medios artificiales, cabe apuntar que algunos investigadores alemanes han diseñado chupo

nes fisiológicamente mejorados, cuyo diseño reproduce la mamila natural, y que aún se encuentra en proceso de experimentación.

Como indica Reygadas, es conveniente educar al niño, para que no beba con la boca llena de alimento. Esto último fomenta hábitos de mala posición de la lengua, y acontece frecuentemente en niños que son chupadores de dedo o -- que presentan respiración bucal, la que causa estrechamiento de la arcada del maxilar superior, con proyección hacia arriba de la bóveda palatina, y falta de desarrollo del -- tercio medio de la cara.

La recidiva es el principal problema que se plantea al ortodoncista en el tratamiento de éstos casos. Para prevenirla, se ha comenzado a recurrir a la asistencia del foniatra. Sin embargo, se trata de un nuevo campo, por lo -- que no es posible formular aún conclusiones definitivas sobre el particular. Será preciso que corran algunos años para comprobar si no fué objeto de recaída, antes tan fre---cuentes.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. En la etiología de los malos hábitos orales del niño intervienen factores psicológicos, y es indispensable, - por lo tanto, tratar las causas y no sólo los síntomas del mal hábito, considerando al paciente como un hombre integral.

2. El mal hábito puede acarrear trastornos anatómicos fisiológicos y psicológicos; y determinar, en cierto grado la falta de adaptación social y la pérdida de seguridad en sí mismo.

3. Para prevenir los malos hábitos es indispensable - procurar el desarrollo normal del niño. Procurando que:

a) Se utilice el sistema de alumbramiento natural, - cuando sea posible.

b) Se permita que el recién nacido permanezca en el - mismo cuarto que ocupa la madre en el hospital, como medio de obtener una más cabal vinculación psicológica entre el hijo y la madre.

c) Se prefiera el amamantamiento personal del niño -- por la madre, lo que no sólo obedece a poderosas razones - psicológicas y fisiológicas, sino que también procura satisfacción oral al niño.

d) Se contemple la conveniencia de utilizar, cuando e - llo sea posible, chupones y mamilas fisiológicamente mejo- rados, según los resultados que arroje la experimentación- de que actualmente son objeto.

e) Se eduque al niño para que no beba con la boca lle - na de alimento.

La solución al problema de los hábitos requiere una - coordinada intervención de ginecólogos, pediatras, psiquia - tras, foniatras, odontólogos infantiles y ortodoncistas.

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

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE ZAMUDIO JAVIER.

"APUNTES INEDITOS DE ODONTOLOGIA INFANTIL".
1980.

CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.

"LOS SISTEMAS EN ORTODONCIA".
PRIMERA EDICION 1976.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

FASTLICHT JORGE.

"COMO AYUDAR AL CHUPADEDADO A CONTROLARSE".
EDICION, SEPTIEMBRE 1972.
EDITORIAL A. D. M.

FASTLICHT JORGE.

"RESPIRACION BUCAL".
EDICION, NOVIEMBRE 1967.
EDITORIAL A. D. M.

FRAGOSO PICON MA. DEL PILAR.

"PSICOLOGIA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRIA".
EDICION, JULIO 1973.
EDITORIAL A. D. M.

GRABER.

"ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA".
TERCERA EDICION 1977.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

HOGEBOM FLOYDE EDDY.

"ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLOGICA".

SEGUNDA EDICION 1958.

EDITORIAL HISPANO AMERICANA.

MOYERS ROBERT.

"MANUAL DE ORTODONCIA".

TERCERA EDICION 1976.

EDITORIAL MUNDI.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA.

"PAIDODONCIA".

PRIMERA EDICION 1963.

EDITORIAL MUNDI.

RAJUNOV SARAFANOV SAMUEL.

"ANALISIS DE LOS HABITOS ORALES".

EDICION, MARZO 1980.

EDITORIAL A.D.M.

ROTBERG SAUL.

"EL CONTROL CLINICO EN EL HABITO DE SUCCION DIGITAL".

EDICION, MARZO 1972.

EDITORIAL A.D.M.

ROTBERG SAUL.

"MANEJO CLINICO DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL".

EDICION, MAYO 1972.

EDITORIAL A.D.M.

RUFF ROBERTO.

"MANIFESTACIONES ORALES DE LOS MALOS HABITOS EN EL NIÑO".

EDICION, JULIO 1967.

EDITORIAL A.D.M.

SIDNEY B. FINN.

"ODONTOLOGIA PEDIATRICA".

CUARTA EDICION 1977.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

WATSON ROBERT.

"PSICOLOGIA INFANTIL".

PRIMERA EDICION 1977.

EDITORIAL AGUILAR.

WHITTAKER JAMES.

"PSICOLOGIA".

SEGUNDA EDICION 1975.

EDITORIAL INTERAMERICANA.