



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS BUCALES EN EL INFANTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

EDMUNDO ARTURO CABELLO PONCE



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



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.

Í N D I C E

PÁGS.

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I	
CONCEPTOS BÁSICOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRÁNEO-FACIAL.....	7
1.-LÍMITES DE LA CARA.....	7
2.-TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CRECIMIENTO.....	8
3.-SITIOS DE CRECIMIENTO.....	10
4.-CRECIMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR Y HUESOS PALATINOS.....	13
5.-CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA.....	15
CAPÍTULO II	
DESARROLLO DE LA DENTICIÓN.....	18
1.-DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.....	18
2.-ESPACIOS DE DESARROLLO.....	19
3.-ESPACIOS PRIMATES.....	19
4.-DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.....	19
5.-CICLO DE VIDA DE LOS DIENTES.....	20
CAPÍTULO III	
CONCEPTOS GENERALES.....	25
1.-REFLEJO DE SUCCIÓN.....	25
2.-HÁBITOS BUCALES NO COMPULSIVOS.....	28
3.-HÁBITOS BUCALES COMPULSIVOS.....	28

CAPÍTULO IV

ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS BUCALES INFANTILES.....	30
1) INSTINTO.....	30
2) INSUFICIENTE O INCORRECTA SALIDA PARA LA ENERGÍA.....	30
3) DOLOR O INCOMODIDAD.....	30
4) TAMAÑO FÍSICO ANORMAL DE LAS PARTES.....	30
5) IMITACIÓN.....	30
6) CELOS PRODUCIDOS POR ALGUNA DIFERENCIA DE TRATO.....	30
7) DIFICULTADES Y CONFLICTOS FAMILIARES.....	30
8) PRESIÓN ESCOLAR.....	30
9) ANSIEDAD PRODUCIDA POR EL EXCESO DE ACTIVIDAD PROPIA DE LAS GRAN- DES CIUDADES.....	30
10) PROGRAMAS DE TELEVISIÓN IMPROPIOS, DE VIOLENCIA O TERROR NO APTOS PA- RA MENORES.....	31
11) DEBIDO A MOLESTIAS QUE CAUSA LA -- ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS DIENTES.....	31
12) FALTA DE SATISFACCIÓN ORAL EN LA - FORMA DE ALIMENTACIÓN.....	31
13) PROBLEMAS EMOCIONALES.....	31

CAPÍTULO V

DIAGNÓSTICO.....	37
1) HISTORIA CLÍNICA GENERAL PARA ODONTOPEDIATRÍA..	38

2) HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA HÁBITOS ORALES.....	39
3) MODELOS DE ESTUDIO.....	42
4) RADIOGRAFÍAS.....	43
5) FOTOGRAFÍAS DE LA CARA.....	44
6) OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EFECTUANDO EL HÁBITO.....	45

CAPÍTULO VI

MÉTODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.....	47
---	----

CAPÍTULO VII

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.....	53
---	----

CAPÍTULO VIII

APARATOLOGÍA.....	57
INSTRUMENTOS INTRAORALES FIJOS.....	57
1) CRIBA PARA ELIMINAR EL HÁBITO DE SUCCIÓN.....	58
2) CRIBA LINGUAL PARA PROYECCIÓN DE LENGUA.....	58
3) APARATO PARA HÁBITO DE CHUPAR Y MORDERSE LOS LABIOS.....	58
APARATOS REMOVIBLES	
1) APARATOS REMOVIBLES PARA HÁBITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA.....	59
2) APARATO REMOVIBLE PARA MORDEDURA DE CARRILLO Y PROYECCIÓN POSTERIOR.....	59
3) TRAMPA CON PUNZÓN.....	60
4) TRAMPA DE RASTRILLO.....	60

	PÁGS.
5) PROTECTOR BUCAL PARA EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL.....	60

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE HÁBITOS BUCALES.	
1) BRUXISMO.....	61
2) SUCCIÓN DIGITAL.....	63
3) SUCCIÓN DEL CHUPETE.....	67
4) MORDEDURA DE UÑAS.....	69
5) HÁBITOS LABIALES.....	71
6) RESPIRACIÓN POR LA BOCA.....	73
7) PROYECCIÓN DE LENGUA.....	75
CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA.....	81

I N T R O D U C C I Ó N .

ANTES DE INTENTAR ANALIZAR Y COMPRENDER LA MULTITUD DE OPINIONES EXPRESADAS, CIERTAS DUDAS DEBERÁN SER ACLARADAS TAN OBJETIVAMENTE COMO SEA POSIBLE.

¿SON LOS MALOS HÁBITOS BUCALES PARTE DEL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO, UN SÍNTOMA DE NEUROSIS O CAUSA DE ALGÚN CRECIMIENTO ANORMAL - DE LA CARA?

¿SON ACASO DAÑINOS PARA LOS DIENTES Y TEJIDOS LOS HÁBITOS DE -- CHUPARSE LOS DEDOS JUNTO CON LA ACTIVIDAD MUSCULAR ASOCIADA?

¿EL CHUPARSE EL DEDO ES UN MECANISMO ADQUIRIDO SIN NEUROSIS -- SUBYACENTE?

LOS MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS CON FRECUENCIA TIENEN QUE RESPONDERA A ESTAS PREGUNTAS REALIZADAS POR PADRES PREOCUPADOS Y ES NUESTRA -- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL ELABORAR UN PLAN TERAPÉUTICO.

SE RECOMIENDAN MUCHOS PLANES TERAPÉUTICOS PARA LOS DIVERSOS HÁBITOS BUCALES, TODOS DEBEN TENER UN DENOMINADOR COMÚN PARA TENER -- ÉXITO EN LA ELIMINACIÓN DE DICHO HÁBITO, ESTO ES EL REFORZAMIENTO POSITIVO DEL COMPORTAMIENTO ADECUADO Y LA SUPRESIÓN DE REFORZAMIENTO NEGATIVO QUE PUDIERA HABERSE ADQUIRIDO EN EL AMBIENTE DEL INDIVIDUO.

EL EMPLEO DE REFORZAMIENTO POSITIVO ASEGURARÁ LA COOPERACIÓN--

DEL NIÑO Y EL DESEO DE TERMINAR CON EL HÁBITO.

DURANTE MUCHOS AÑOS, EL ODONTÓLOGO HA ATENDIDO LOS HÁBITOS BUCALES DE LOS NIÑOS CONSIDERÁNDOLOS COMO POSIBLES CAUSAS DE PRESIONES DESEQUILIBRADAS Y DAÑINAS, QUE PUEDEN SER EJERCIDAS SOBRE LOS BORDES ALVEOLARES INMADUROS Y SUMAMENTE MALEABLES, PRESENTANDO CAMBIOS POTENCIALES EN EL EMPLAZAMIENTO DE LAS PIEZAS DENTARIAS Y EN CONSECUENCIA EN SU OCLUSIÓN SI CONTINÚA DICHO HÁBITO.

LOS DATOS SOBRE ETIOLOGÍA, EDAD DE PRESENTACIÓN, DURACIÓN FRECUENCIA E INTENSIDAD, DESAPARICIÓN POR SI MISMOS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE HÁBITOS Y MODALIDADES TERAPÉUTICAS VARÍAN MUCHO.

EL TEMA QUE A CONTINUACIÓN PRESENTO ES CON LA FINALIDAD DE REALIZAR UN ESTUDIO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS HÁBITOS BUCALES ANORMALES DEL INFANTE Y PROPORCIONARLE AL MÉDICO -- INFORMACIÓN SOBRE LOS TIPOS DE PROBLEMAS QUE ES PROBABLE QUE SE ENCUENTRE Y SOBRE LAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS ACCESIBLES CON QUE --- CUENTA.

CAPÍTULO I

CONCEPTOS BÁSICOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
CRÁNEO FACIAL.

ES MUY IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO ODONTOLÓGICO ACERCA DE LOS--
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA LA PRE--
VENCIÓN, INTERCEPCIÓN Y CORRECCIÓN DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIA--
LES.

EN EL ROSTRO EXISTEN MUCHAS FORMACIONES ÓSEAS, NUESTRO INTERÉS
SE CENTRARÁ EN EL MAXILAR SUPERIOR, SU ASOCIACIÓN CON LOS HUESOS PA
LATINOS Y EN EL MAXILAR INFERIOR. POR LO TANTO, NO DEBEMOS OLVI--
DAR QUE ÉSTOS HUESOS SON SOLO PARTE DEL ROSTRO COMPLETO.

1.- LÍMITES DE LA CARA.

EL LÍMITE SUPERIOR DE LA CARA CORRESPONDE AL PUNTO DE REFEREN-
CIA ÓSEO, EL NASIÓN. ESTE PUNTO DE REFERENCIA SE ENCUENTRA EN LA-
UNIÓN DE LOS HUESOS NASALES Y FRONTAL.

EL LÍMITE INFERIOR EN POSICIÓN ANTERIOR CORRESPONDE A LA PUNTA
DE LA BARBILLA, DENOMINÁNDOSE AL PUNTO DE REFERENCIA ÓSEO GNATIÓN.
EL POGONIÓN ES LA PUNTA MÁS ANTERIOR DE LA PROMINENCIA ÓSEA DE LA-
BARBILLA. EL CANAL AUDITIVO ES UN PUNTO DE REFERENCIA POSTERIOR--
MUY CÓMODO Y EL LÍMITE POSTERIOR SUPERIOR DE NUESTRO ROSTRO LIMI--
TADO ES UN PUNTO LLAMADO PORIÓN QUE EN EL CRÁNEO SE ENCUENTRA EN-

LA PARTE SUPERIOR DEL CANAL AUDITIVO.

EL LÍMITE POSTERIOR-INFERIOR ESTÁ EN LA REGIÓN DE LA UNIÓN DE LA RAMA HORIZONTAL Y LA RAMA ASCENDENTE. ESTE PUNTO SE DENOMINA - GONIÓN Y DE AQUÍ DERIVA EL ÁNGULO GONIAL.

2.- TÉCNICA DE ANÁLISIS DE CRECIMIENTO.

LOS ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS ORIGINALES SE HICIERON EVALUANDO-- MUCHAS RELACIONES DENTARIAS Y SELECCIONANDO AQUELLAS MEDICIONES MÁS ÚTILES PARA DIFERENCIAR A LOS PACIENTES QUE ENTRABAN EN LAS DISTINTAS CLASIFICACIONES DE ANGLE.

AUNQUE LOS ORTODONCISTAS SE PREOCUPAN EN ESPECIAL POR LA POSICIÓN DE LOS DIENTES Y LOS MAXILARES, ES PRECISO RECORDAR QUE NO --- EXISTE CERTEZA DE QUE LA BASE DEL CRÁNEO ESCAPE A LA MALFORMACIÓN-- EN LOS INDIVIDUOS QUE SE DESVÍEN EN LAS PROPORCIONES IDEALES EN ALGUNA OTRA PARTE. ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE CUANTO MAYOR SEA - LA GRAVEDAD DE LA MALOCCLUSIÓN, MAYOR ES LA PROBABILIDAD DE DESVIA-- CIONES EN LA BASE DEL CRÁNEO, ASÍ COMO EN LOS MAXILARES Y LOS DIEN-- TES. LOS ORTODONCISTAS HAN BUSCADO EL PUNTO DEL CRÁNEO QUE SIRVIE-- RA COMO CENTRO DE CRECIMIENTO Y OFRECIERA ASÍ UN PUNTO DE REFEREN-- CIA PERFECTO PARA LOS ESTUDIOS SOBRE EL TEMA. TAMBIÉN HAN BUSCADO EL MÉTODO DE REGISTRAR PELÍCULAS CEFALOMÉTRICAS QUE BORRE TODAS LAS DESVIACIONES DEL CRÁNEO O DE SU BASE Y DESTAQUE LAS MALFORMACIONES-- DENTOFACIALES EN SU MÁX PURO SENTIDO.

2.1.- LÍNEAS Y PLANOS UTILIZADOS EN EL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO.

PLANOS DE LA BASE DEL CRÁNEO: S-NA, SILLA TURCA-NASIÓN;BO-NA,- PLANO BOLTON; SO-NA, SUTURA ESFENO-OCCIPITAL-NASIÓN; PO-OR, PLANO - HORIZONTAL DE FRANKFORT, S-BO UNE LA SILLA TURCA Y EL PUNTO BOLTON- PARA COMPLETAR EL TRIÁNGULO DE BOLTON (BROADBENT).

PLANOS FACIALES: PLANOS PALATINO, OCLUSAL Y MANDIBULAR. TAMBIÉN SE USAN PLANOS SEMIVERTICALES QUE SE UNEN A LAS ÁREAS CRANEANA Y FACIAL: PLANO FACIAL, PLANO ORBITARIO, EJE Y Y PLANO DE LA RAMA.

ANTERIORMENTE HEMOS DISCUTIDO EL CRECIMIENTO DE ALGUNOS HUESOS FACIALES. AL ESTUDIAR EL CRECIMIENTO DE LA CARA COMO UNIDAD, BRO^UDBENT, BRODIE Y COL HAN UTILIZADO EXTENSAMENTE CEFALOMETRÍAS RADIOGRÁFICAS ESTÁNDARES.

DEL ESTUDIO DE RADIOGRAFÍAS SUCESIVAS, TOMADAS A EDADES DIFE-- RENTES EN LOS MISMOS NIÑOS NORMALES, SE PUEDE RECONOCER UN PATRÓN-- DE CRECIMIENTO PROMEDIO.

LAS INVESTIGACIONES DE BROADBENT Y BRODIE HAN SIDO INCORPORA-- DAS A LA MAYORÍA DE LOS LIBROS DE TEXTO DE ORTODONCIA. HAREMOS UN BREVE RESUMEN PARA DAR UNA IMAGEN COMPLETA DEL ASPECTO QUE ESTAMOS-- TRATANDO.

UTILIZANDO UN PUNTO DE REGISTRO EN LA VECINDAD DEL HUESO ESFE-- NOIDES, BROADBENT MOSTRÓ, CON SERIES RADIOGRÁFICAS LOS SIGUIENTES-- MOVIMIENTOS DE LAS FRONTERAS CRANEALES:

EL NASIÓN SE MUEVE HACIA ADELANTE Y HACIA ARRIBA, LA ESPINA NASAL -

ANTERIOR SE MUEVE HACIA ABAJO Y ADELANTE. LA BARBILLA EMIGRA HACIA ABAJO Y ADELANTE.

EL GONIÓN SE MUEVE HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS.

LA FISURA PTERIGOIDEO-MAXILAR Y LA ESPINA NASAL POSTERIOR, EN DIRECCIÓN RECTA HACIA ABAJO.

EL PISO DE LA NARÍZ, O PALADAR DURO, SE MUEVE HACIA ABAJO EN DIRECCIÓN PARALELA A SU ESTADO PROCEDENTE.

EL PLANO OCLUSAL Y BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA EMIGRAN HACIA ABAJO, A UN PLANO CASÍ PARALELO A SUS POSICIONES PROCEDENTES.

3.- SITIOS DE CRECIMIENTO.

EL AGRANDAMIENTO DEL COMPLEJO CRANEOFACIAL IMPLICA UNA CANTIDAD DE REGIONES ESPECIALES CARACTERIZADAS POR CRECIMIENTO PARTICULARMENTE MARCADO Y CAMBIOS DE REMODELADO.

A) EL CÓNDILO MANDIBULAR Y EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA.

EL CÓNDILO ES UN SITIO ESPECIAL DE CRECIMIENTO EN EL SENTIDO QUE COMBINA ARTICULACIÓN CON CRECIMIENTO REGIONAL. LOS AGREGADOS DE HUESO NUEVO QUE BRINDA EL CÓNDILO PRODUCEN UNO DE LOS MOVIMIENTOS DE CRECIMIENTO DOMINANTES DE LA MANDÍBULA.

EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA JUNTO CON EL CÓNDILO, TAMBIÉN REALIZA UN MOVIMIENTO DE CRECIMIENTO MAYOR Y SIGUE UN CURSO POSTERIOR Y LATERAL.

LA COMBINACIÓN DE CRECIMIENTO CONDILAR Y DE LA RAMA PRODUCE:

- 1.- TRANSPOSICIÓN HACIA ATRÁS DE TODA LA RAMA.
- 2.- DESPLAZAMIENTO DEL CUERPO MANDIBULAR EN DIRECCIÓN ANTERIOR.
- 3.- ALARGAMIENTO VERTICAL DE LA RAMA, PERMITIENDO EL DESPLAZAMIENTO DE LA MANDÍBULA HACIA ABAJO.
- 4.- ARTICULACIÓN MOVIBLE DURANTE ÉSTOS DIVERSOS CAMBIOS DE CRECIMIENTO.

B) LA TUBEROSIDAD LINGUAL.

ES EL SITIO DE UNA ELONGACIÓN HORIZONTAL MARCADA DEL CUERPO -- MANDIBULAR EN DIRECCIÓN POSTERIOR.

A MEDIDA QUE LA RAMA VA CRECIENDO ES REUBICADA EN UNA DIRECCIÓN POSTERIOR, LA TUBEROSIDAD LINGUAL CRECE AL MISMO TIEMPO Y SE-- MUEVE HACIA ATRÁS.

C) LA TUBEROSIDAD MAXILAR.

LA TUBEROSIDAD MAXILAR ESTÁ ASOCIADA CON UN MOVIMIENTO DE CRECIMIENTO MAYOR EN DIRECCIÓN POSTERIOR, ES RESPONSABLE DEL ALARGAMIENTO DEL CUERPO Y EL ARCO MAXILAR.

D) EL PROCESO ALVEOLAR.

EL HUESO ALVEOLAR CRECE EN RESPUESTA A LA ERUPCIÓN DENTARIA, -- SE ADAPTA Y REMODELA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DENTARIAS.

CUANDO HAY PÉRDIDA DE DIENTES EL PROCESO ALVEOLAR SE REABSORBE

E) SUTURAS.

LOS ELEMENTOS ÓSEOS DE LA PARTE MEDIA DE LA CARA ESTÁN UNIDAS -- ENTRE SI Y CON EL CRÁNEO POR UN SISTEMA DE UNIONES SUTURALES, QUE -- TAMBIEN SON SITIOS ACTIVOS DE CRECIMIENTO Y DE AJUSTES PROGRESIVOS -- IMPLICADOS EN LOS CAMBIOS DIFERENCIALES QUE OCURREN ENTRE LOS DIVER- SOS ELEMENTOS ÓSEOS DURANTE EL AGRANDAMIENTO FACIAL.

LAS SUTURAS SON REGIONES DE CRECIMIENTO ADAPTADAS A TENSIONES -- QUE RESPONDEN A FUERZAS PRODUCIDAS POR TEJIDOS BLANDOS QUE SE AGRAN- DAN Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON ELLAS. (EL CEREBRO, MUCOSAS, OJO, -- TABIQUE NASAL, LENGUA, ETC.).

LOS AGREGADOS DE HUESO DENTRO DE LAS SUTURAS, POR LO TANTO, NO-- EMPUJAN SEPARANDO LOS ELEMENTOS ADYACENTES.

A MEDIDA QUE LOS HUESOS SE VAN SEPARANDO POR EL AGRANDAMIENTO -- DE LOS ÓRGANOS RELACIONADOS, DEPÓSITOS SIMULTÁNEOS DE HUESO NUEVO EN LOS BORDES SUTURALES SIRVEN PARA AGRANDAR LOS HUESOS MISMOS Y MANTE- NER LAS UNIONES ENTRE ELLOS.

F) EL TABIQUE NASAL.

A DIFERENCIA DE LA MANDÍBULA Y LA BASE CRANEANA UN MECANISMO -- ENDOCONDAL DE CRECIMIENTO, COMO TAL, NO EXISTE EN LA PARTE MEDIA DE LA CARA. SIN EMBARGO, PARECE OCURRIR UN PROCESO DE EXPANSIÓN ADAP- TADO A LA PRESIÓN EN EL DESPLAZAMIENTO HACIA ADELANTE Y ABAJO. (NO -- UN CRECIMIENTO VERDADERO) DEL COMPLEJO NASOMAXILAR QUE SE SUPONE ES- PROVISTO POR EL TABIQUE NASAL CARTILAGINOSO QUE SE VA AGRANDANDO --- INTERSTICIALMENTE. ACTUALMENTE NO SE SABE CON CERTEZA SI ESTE TABI

QUE EN EXPANSIÓN ES LA ÚNICA FUENTE DE LOS MOVIMIENTOS DE CRECIMIENTO NASOMAXILAR O SI OPERA JUNTO CON OTROS TEJIDOS BLANDOS.

G) SUPERFICIES.

EL PROCESO TOTAL DE AGRANDAMIENTO FACIAL NO ESTÁ RESTRINGIDO A LOS DIVERSOS CENTROS DE CRECIMIENTO MAYORES BOSQUEJADOS MÁS ARRIBA, YA QUE VIRTUALMENTE TODAS LAS SUPERFICIES INTERNAS Y EXTERNAS DE CADA HUESO DENTRO DEL COMPLEJO FACIAL ESTÁN ACTIVAMENTE IMPLICADAS EN EL PROCESO DE CRECIMIENTO TOTAL. ÉSTAS DIFERENTES SUPERFICIES ENDÓSTICAS Y PERIÓSTICAS ESTÁN CUBIERTAS POR CAMPOS DE CRECIMIENTO LOCALIZADOS QUE OPERAN ESCENCIALMENTE EN FORMA INDEPENDIENTE, PERO ARMÓNICA Y RECIPROCAMENTE. LAS ACTIVIDADES DE CRECIMIENTO SUPERFICIAL PROPORCIONAN AUMENTOS REGIONALES Y CAMBIOS DE REMODELADO QUE ACOMPAÑAN LOS AGREGADOS QUE SE PRODUCEN EN SUTURAS, SINCONDROSIS, CÓNDILOS, ETC. TODOS LOS DIFERENTES PROCESOS DE CRECIMIENTOS CONTRIBUYEN AL PATRÓN TOTAL DE AGRANDAMIENTO CONTINUADO.

4.- CRECIMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR Y HUESOS PALATINOS.

EL MAXILAR SUPERIOR ESTÁ FORMADO POR LOS MAXILARES EN ASOCIACIÓN CON LOS HUESOS PALATINOS.

LAS ADICIONES SUPERFICIALES A LOS HUESOS HACEN QUE ÉSTOS AUMENTEN DE TAMAÑO.

LA RESORCIÓN ES IMPORTANTE YA QUE MANTIENE LA FORMA DE LOS HUESOS Y REDUCE EL VOLUMEN DE ESTOS CUANDO NO SE NECESITAN TEJIDOS ÓSEOS. EN EL MAXILAR SUPERIOR CIERTAS ESTRUCTURAS SON LOCALIZACIONES

NES DE CRECIMIENTO PROLÍFICO.

EN EL PERFIL, EL SESGO DE LAS SUTURAS FRONTOMAXILARES Y CIGOMA-
TICOMAXILARES INDICA QUE EL CRECIMIENTO EN ÉSTOS LUGARES PRODUCIRÁ -
UN EMPLAZAMIENTO HACIA ADELANTE Y HACIA ABAJO A LA TOTALIDAD DEL ---
MAXILAR SUPERIOR.

EN RASGOS GENERALES, EL CRECIMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR ES EN-
DIRECCIÓN FRONTAL-INFERIOR DE ACUERDO A LOS PUNTOS PRINCIPALES DEL -
CRECIMIENTO Y QUE SE ENCUENTRAN CASI PARALELAS ENTRE SÍ.

EL HUESO ESFENOIDES, QUE NO ES ESTRICTAMENTE PARTE DE NUESTRO -
ROSTRO LIMITADO, SE ARTICULA GRACIAS A SUTURAS CON TODOS LOS HUESOS-
DEL CRÁNEO Y CON LA MAYORÍA DE LOS HUESOS FACIALES.

LA APÓFISIS PTERIGOIDES DEL HUESO ESFENOIDES ESTÁ EN ESTRECHA -
RELACIÓN CON LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.

EL CRECIMIENTO EN LA TUBEROSIDAD SE REFLEJA HACIA ADELANTE DES-
DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES DEL ESFENOIDES Y EL PROCESO PIRAMIDAL DEL
HUESO PALATINO Y SE EXPRESA EN LA POSICIÓN HACIA ADELANTE DEL MAXI--
LAR SUPERIOR.

LA APÓFISIS ALVEOLAR ES EL LUGAR DE CONSTANTE CRECIMIENTO ÓSEO,
INCLUYENDO ADICIONES Y RESORCIÓN.

LA SUPERFICIE BUCAL DEL PALADAR DURO COMPRENDE DOS HUESOS PRIN-
CIPALES, LOS MAXILARES SUPERIORES EMPAREJADOS, INCLUYENDO LOS PRE---
MAXILARES Y LOS HUESOS PALATINOS EMPAREJADOS.

EN EL PALADAR EXISTEN DOS SUTURAS PRINCIPALES, LA SUTURA PALATINA MEDIA Y LA SUTURA PALATINA TRANSVERSA.

LA SUTURA PALATINA MEDIA SE CIERRA EN UNA ETAPA TEMPRANA. EL PALADAR NUNCA ES EXAGERADAMENTE GRUESO; DE AHÍ SE DEDUCE QUE MIENTRAS SE ESTÁ PRODUCIENDO APOSICIÓN ÓSEA EN LA SUPERFICIE NASAL, ESTÁ SIENDO REABSORBIDO EN LA SUPERFICIE BUCAL, O VICEVERSA.

LAS ADICIONES SUPERFICIALES A LA APÓFISIS ALVEOLAR CONTRIBUYEN A SU DIMENSIÓN HORIZONTAL.

MIENTRAS SE EFECTÚAN ADICIONES A LA SUPERFICIE, A LA APÓFISIS ALVEOLAR Y A CIERTAS SUTURAS DEL MAXILAR SUPERIOR, LA RESORCIÓN FORMA LOS SENOS MAXILARES.

5.- CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA.

LA MANDÍBULA ESTÁ FORMADA POR TRES PARTES PRINCIPALES:

EL CUERPO, EL PROCESO ALVEOLAR Y LAS RAMAS.

LA MANDÍBULA ES UN HUESO MIXTO O COMPUESTO "ENDOCONDAL" E "INTRAMEMBRANOSO". EL CRECIMIENTO ENDOCONDAL EN LA REGIÓN CONDILAR JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN EL DESARROLLO MANDIBULAR. ESTE CRECIMIENTO ENDOCONDAL OCURRE JUNTO CON LA OSIFICACIÓN INTRAMEMBRANOSA EN OTROS SITIOS DE CRECIMIENTO.

LA MANDÍBULA CRECE HACIA ADELANTE Y ABAJO. CUANDO SE VISUALIZA EN PROYECCIONES CEFALOMÉTRICAS SERIADAS, SUPERPUESTAS, REGISTRADAS EN LA BASE CRANEANA.

EL CRECIMIENTO, SIN EMBARGO, OCURRE EN UNA AMPLIA VARIEDAD DE DIRECCIONES REGIONALES. LA TENDENCIA PREDOMINANTE DE CRECIMIENTO GENERALMENTE ES HACIA ARRIBA Y ATRÁS. PERO UN DESPLAZAMIENTO SIMULTÁNEO DE TODA LA MANDÍBULA OCURRE EN SENTIDO OPUESTO HACIA ADELANTE Y ABAJO, AL MARGEN DE LAS MUCHAS Y VARIADAS DIRECCIONES DE CRECIMIENTO REGIONAL.

EL CURSO HACIA ATRÁS DEL AGRANDAMIENTO MANDIBULAR GENERALIZADO SIRVE PARA REUBICAR LA RAMA EN DIRECCIÓN PROGRESIVAMENTE POSTERIOR. ASÍ, NIVELES OCUPADOS ANTERIORMENTE POR LA RAMA SE CONVIERTEN POR REMODELADO EN NUEVAS PARTES DEL CUERPO.

ESTE PROCESO BRINDA DOS FUNCIONES DE CRECIMIENTO:

- 1.- PRODUCE UN ALARGAMIENTO DEL CUERPO MANDIBULAR.
- 2.- ESTÁ ASOCIADO CON UN MOVIMIENTO DE TODA LA MANDÍBULA HACIA ADELANTE POR DESPLAZAMIENTO SIMULTÁNEO.

LOS MOVIMIENTOS DE CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA, EN GENERAL, SON COMPLEMENTADOS POR CORRESPONDIENTES CAMBIOS MUTUAMENTE INTERRELACIONADOS QUE OCURRAN EN EL MAXILAR SUPERIOR. LA REGIÓN CONDILAR GENERALMENTE CRECE HACIA ARRIBA Y ATRÁS. EL CRECIMIENTO CONDILAR EN UNA DIRECCIÓN MÁS HACIA ADELANTE ESTÁ ASOCIADO CON AUMENTOS EN EL ÁNGULO GONIACO Y ERUPCIÓN HACIA ATRÁS DE LOS DIENTES.

EL CRECIMIENTO EN LA CABEZA DEL CÓNDILO INCREMENTA LA ALTURA DE LA CARA, ASÍ COMO SU PROFUNDIDAD SEGÚN EL GRADO DE OBTUSIDAD DEL ÁNGULO GONIAL. JUNTO CON EL AUMENTO DE DIMENSIÓN HORIZONTAL DEL CRÁNEO Y POR LO TANTO, CON LA SEPARACIÓN DE LAS DOS FOSAS GLENOI---

DEAS, LOS CÓNDILOS SE ORIENTAN EN POSICION MÁS LATERAL.

EL CRECIMIENTO APOSICIONAL DEL HUESO ALVEOLAR AUMENTA LA DIRECCIÓN SUPEROINFERIOR DE LA MANDÍBULA, LA PROMINENCIA DEL MENTÓN SE -- DEBE, NO POR DEPÓSITO DE HUESO SINO MEDIANTE LA REABSORCIÓN ÓSEA EN EL PUNTO B. (PUNTO DE REFERENCIA CEFALOMÉTRICO UBICADO ENTRE LA CRESTA ALVEOLAR Y EL ÁPICE DENTAL).

CAPÍTULO II

DESARROLLO DE LA DENTICIÓN.

DURANTE EL PERIODO DE ERUPCIÓN DENTARIA, OBSERVAMOS CON FRECUENCIA QUE CIERTAS FASES NORMALES SE CONSIDERAN COMO MALOCCLUSIONES ÉSTO SE DEBE A LA FALTA DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA DENTICIÓN.

EL ORDEN NORMAL DE ERUPCIÓN EN LA DENTADURA PRIMARIA ES EL SIGUIENTE:

PRIMERO LOS INCISIVOS CENTRALES, SEGUIDOS EN ESE ORDEN, POR LOS INCISIVOS LATERALES, PRIMEROS MOLARES, CANINOS Y SEGUNDOS MOLARES. LAS PIEZAS MANDIBULARES GENERALMENTE PRECEDEN A LOS MAXILARES.

1.- DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.

SE CONSIDERA GENERALMENTE EL SIGUIENTE MOMENTO DE ERUPCIÓN: 6 MESES PARA LOS CENTRALES PRIMARIOS MAXILARES, 7 a 8 MESES PARA LOS LATERALES PRIMARIOS MANDIBULARES, Y 8 ó 9 MESES PARA LOS LATERALES PRIMARIOS MAXILARES.

AL AÑO APROXIMADAMENTE HACEN ERUPCIÓN LOS PRIMEROS MOLARES. A LOS 16 MESES, APROXIMADAMENTE, APARECEN LOS CANINOS PRIMARIOS. SE CONSIDERA GENERALMENTE QUE LOS SEGUNDOS MOLARES PRIMARIOS HACEN ERUPCIÓN A LOS DOS AÑOS.

NORMALMENTE A LOS 3 AÑOS DE EDAD, ENTRAN EN OCLUSIÓN LOS 20 ---
DIENTES TEMPORALES, NO SUELE PRESENTAR CURVA DE SPEE, TIENEN ESCASA-
INTERDIGITACIÓN CUSPÍDEA, ESCASA SOBREMORDIDA Y MUY POCO APIÑAMIENTO

2.- ESPACIOS DE DESARROLLO.

EN LAS ARCADAS DE LA PRIMERA DENTICIÓN, CON FRECUENCIA APARECEN
COMO CARACTERÍSTICA FISIOLÓGICA, ESPACIOS INTERDENTARIOS EN LA RE---
GIÓN ANTERIOR. LA PRESENCIA DE ÉSTOS ESPACIOS DE DESARROLLO GENERA
LIZADO PUDIERA GARANTIZARNOS UNA DISPOSICIÓN CORRECTA AL ERUPCIONAR-
LAS PIEZAS DE LA SEGUNDA DENTICIÓN, CON ESPACIOS DE CRECIMIENTO, SE-
PUEDEN OBSERVAR OCASIONALMENTE PROBLEMAS DE APIÑAMIENTO, POR EJEMPLO
COMO CONSECUENCIA EN LA DISARMONÍA ENTRE EL TAMAÑO DEL DIENTE Y EL -
ESPACIO EXISTENTE EN EL LARGO DE LA ARCADEA.

3.- ESPACIOS PRIMATES.

AL MISMO TIEMPO QUE APARECEN LOS ESPACIOS DE CRECIMIENTO SE ---
ORIGINAN LOS ESPACIOS PRIMATES, QUE SE HAYAN ENTRE LOS INCISIVOS LA-
TERALES Y LOS CANINOS EN SUPERIORES Y ENTRE LOS CANINOS Y LOS PRIME-
ROS MOLARES INFERIORES.

BAUME OBSERVÓ LOS ESPACIOS EN LAS DENTADURAS DE LOS MONOS, RA--
ZÓN POR LA CUAL SE DENOMINARON ESPACIOS PRIMATES. SE VIÓ QUE LOS--
ESPACIOS PRIMATES TIENDEN A DESAPARECER DURANTE LA ERUPCIÓN DE LOS -
INCISIVOS PERMANENTES.

4.- DESARROLLO DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

LA PRIMERA PIEZA PERMANENTE EN HACER ERUPCIÓN ES GENERALMENTE -

EL PRIMER MOLAR PERMANENTE MANDIBULAR, A LOS 6 AÑOS DE EDAD APROXIMADAMENTE, PERO A MENUDO EL INCISIVO CENTRAL PERMANENTE PUEDE APARECER AL MISMO TIEMPO O ANTES. LOS INCISIVOS LATERALES MANDIBULARES PUEDEN HACER ERUPCIÓN ANTES QUE TODAS LAS DEMÁS PIEZAS MAXILARES PERMANENTES.

ENTRE LOS 6 Y 7 AÑOS, HACE ERUPCIÓN EL PRIMER MOLAR MAXILAR, SEGUIDO DEL INCISIVO CENTRAL MAXILAR, ENTRE LOS 7 Y 8 AÑOS.

LOS INCISIVOS LATERALES MAXILARES PERMANENTES HACEN ERUPCIÓN ENTRE LAS EDADES DE 8 Y 9 AÑOS.

EL CANINO MANDIBULAR HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS 9 Y 11 AÑOS, SEGUIDO DEL PRIMER PREMOLAR, EL SEGUNDO PREMOLAR Y EL SEGUNDO MOLAR. EN EL ARCO MAXILAR SE PRESENTA GENERALMENTE UNA DIFERENCIA EN EL ORDEN DE ERUPCIÓN:

EL PRIMER PREMOLAR MAXILAR HACE ERUPCIÓN ENTRE LOS 10 Y 11 AÑOS ANTES QUE EL CANINO MAXILAR QUE ERUPCIONA ENTRE LOS 11 Y 12 AÑOS DE EDAD. DESPUÉS, APARECE EL SEGUNDO PREMOLAR MAXILAR, YA SEA AL MISMO TIEMPO QUE EL CANINO O DESPUÉS DE ÉL.

EL SEGUNDO MOLAR, DEBE APARECER A LOS 12 AÑOS DE EDAD.

5.- CICLO DE VIDA DE LOS DIENTES.

TODOS LOS DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES, AL LLEGAR A LA MADUREZ MORFOLÓGICA Y FUNCIONAL, EVOLUCIONAN EN UN CICLO DE VIDA CARACTERÍSTICO Y BIEN DEFINIDO COMPUESTO DE VARIAS ETAPAS. ÉSTAS ETAPAS - PROGRESIVAS, NO DEBERÁN CONSIDERARSE COMO FASES DE DESARROLLO, SINO-

MÁS BIEN COMO PUNTOS DE OBSERVACIÓN DE UN PROCESO FISIOLÓGICO EN EVOLUCIÓN, EN EL CUAL LOS CAMBIOS HISTOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS ESTÁN OCURRIENDO PROGRESIVA Y SIMULTÁNEAMENTE.

ESTAS ETAPAS DEL DESARROLLO SON:

- 1.- CRECIMIENTO.
- 2.- CALCIFICACIÓN.
- 3.- ERUPCIÓN.
- 4.- ATRICCIÓN.
- 5.- RESORCIÓN Y EXOFOLIACIÓN (PIEZAS PRIMARIAS).

LAS ETAPAS DE CRECIMIENTO PUEDEN SEGUIR DIVIDIÉNDOSE EN:

- 1.- INICIACIÓN
- 2.- PROLIFERACIÓN.
- 3.- DIFERENCIACIÓN HISTOLÓGICA.
- 4.- DIFERENCIACIÓN MORFOLÓGICA.
- 5.- APOSICIÓN.

LOS DIENTES CONSISTEN Y SE DERIVAN DE CÉLULAS DE ORIGEN ECTODERMAL Y MESODERMAL, ALTAMENTE ESPECIALIZADAS.

LAS CÉLULAS ECTODERMALES REALIZAN FUNCIONES TALES COMO FORMACIÓN DEL ESMALTE, ESTIMULACIÓN ODONTOBLÁSTICA Y DETERMINACIÓN DE LA FORMA DE CORONA Y RAÍZ.

EN CONDICIONES NORMALES, ÉSTAS CÉLULAS DESAPARECEN DESPUÉS DE REALIZAR SUS FUNCIONES. LAS CÉLULAS MESODERMALES O MESENQUIMALES PERSISTEN CON EL DIENTE Y FORMAN DENTINA, TEJIDO PULPAR, CEMENTO, --

MEMBRANA PERIODONTAL Y HUESO ALVEOLAR.

LA PRIMERA ETAPA DE CRECIMIENTO ES EVIDENTE DURANTE LA 6a. SEMANA DE VIDA EMBRIONARIA. EL BROTE DEL DIENTE EMPIEZA CON LA PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS EN LA CAPA BASAL DEL EPITELIO BUCAL, DESDE LO QUE SERÁ EL ARCO DENTAL. ÉSTAS CÉLULAS CONTINÚAN PROLIFERANDO Y POR CRECIMIENTO DIFERENCIAL SE EXTIENDEN HACIA ABAJO EN EL MESENQUIMA, ADQUIRIENDO ASPECTO ENVAINADO CON LOS DOBLES DIRIGIDOS EN DIRECCIÓN ---- OPUESTA AL TEJIDO BUCAL.

AL LLEGAR A LA 10a. SEMANA DE VIDA EMBRIONARIA, LA RÁPIDA PROLIFERACIÓN HA CONTINUADO PROFUNDIZANDO EL ÓRGANO DEL ESMALTE, DÁNDOLE ASPECTO DE COPA. DIEZ BROTES EN TOTAL EMERGEN DE LA LÁMINA DENTAL DE CADA ARCO PARA CONVERTIRSE EN EL FUTURO EN DIENTES PRIMARIOS. EN ESTA ETAPA EL ÓRGANO DE ESMALTE ENVAINADO CONSTA DE 2 CAPAS: UN EPITELIO DE ESMALTE EXTERIOR QUE CORRESPONDE A LA CUBIERTA Y UNO DE ESMALTE INTERIOR QUE CORRESPONDE AL RECUBRIMIENTO DE LA COPA. EMPIEZA A FORMARSE UNA SEPARACIÓN ENTRE ÉSTAS DOS CAPAS CON AUMENTO DE LÍQUIDO-INTRACELULAR, EN EL QUE HAY CÉLULAS EN FORMA DE ESTRELLA O ESTRELLADAS QUE LLEVAN PROCESOS QUE HACEN ANASTOMOSIS CON CÉLULAS SIMILARES, FORMANDO UNA RED O RETÍCULO, QUE SERVIRÁ COMO COJÍN PARA LAS CÉLULAS DE FORMACIÓN DE ESMALTE QUE ESTÁN EN DESARROLLO.

EN ESTA ETAPA Y DENTRO DE LOS CONFINES DE LA INVAGINACIÓN EN EL ÓRGANO DE ESMALTE, LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS ESTÁN PROLIFERANDO Y CONDENSANDOSE EN UNA CONCENTRACIÓN VISIBLE DE CÉLULAS, LA PAPILA DENTAL, QUE EN EL FUTURO FORMARÁ LA PULPA DENTAL Y LA DENTINA.

TAMBIÉN OCURREN CAMBIOS EN CONCENTRACIONES CELULARES EN EL TEJIDO MESENQUIMATOSO QUE ENVUELVE EL ÓRGANO DE ESMALTE Y LA PAPILA, LO QUE RESULTA EN UN TEJIDO MÁS DENSO Y MÁS FIBROSO (EL SACO DENTAL) QUE TERMINARÁ SIENDO CEMENTO, MEMBRANA PERIODONTAL Y HUESO ALVEOLAR. ÉSTE PRINCIPIO Y CRECIMIENTO CONSTITUYE LAS ETAPAS DE INICIACIÓN Y DE PROLIFERACIÓN.

A MEDIDA QUE EL NÚMERO DE LAS CÉLULAS DEL ÓRGANO DE ESMALTE AUMENTA Y EL ÓRGANO CRECE PROGRESIVAMENTE CON INVAGINACIÓN EN AUMENTO, SE DIFERENCIAN VARIAS CAPAS DE CÉLULAS BAJAS Y ESCAMOSAS ENTRE EL RETÍCULO ESTRELLADO Y EL EPITELIO DE ESMALTE INTERIOR, PARA FORMAR EL ESTRATO INTERMEDIO, CUYA PRESENCIA ES NECESARIA PARA LA FORMACIÓN DE ESMALTE (DIFERENCIACIÓN HISTOLÓGICA).

EN ÉSTA ETAPA SE FORMAN BROTES EN LA LÁMINA DENTAL, LINGUAL AL DIENTE PRIMARIO EN DESARROLLO, PARA FORMAR EL BROTE DEL DIENTE PERMANENTE.

DURANTE LA SIGUIENTE ETAPA (DIFERENCIACIÓN MORFOLÓGICA), LAS CÉLULAS DE LOS DIENTES EN DESARROLLO SE INDEPENDIZAN DE LA LÁMINA DENTAL POR LA INVASIÓN DE CÉLULAS MESENQUIMATOSAS EN LA PORCIÓN CENTRAL DE ESTE TEJIDO.

LAS CÉLULAS DEL EPITELIO INTERIOR DE ESMALTE ADQUIEREN ASPECTO ALARGADO Y EN FORMA DE COLUMNA CON SUS BASES ORIENTADAS EN DIRECCIÓN OPUESTA A LA PORCIÓN CENTRAL DE LOS ODONTOBLASTOS EN DESARROLLO.

FUNCIONAN AHORA COMO AMELOBLASTOS Y SON CAPACES DE FORMAR ESMALTE.

EL CONTORNO DE LA RAÍZ SE DESIGNA POR LA EXTENSIÓN DEL EPITELIO DE ESMALTE UNIDO, DENOMINADO VAINA DE HERTWIG, DENTRO DEL TEJIDO MENSQUIMATOSO QUE RODEA A LA PAPILA DENTAL.

CAPÍTULO III

CONCEPTOS GENERALES.

UNA VEZ QUE HEMOS REVISADO LOS EFECTOS DEL CRECIMIENTO CRANEO-FACIAL SOBRE EL TAMAÑO Y POSICIÓN DE LOS PROCESOS ALVEOLARES Y EL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN INFANTIL Y PERMANENTE, VEREMOS A CONTINUACIÓN LOS DIFERENTES TIPOS DE HÁBITOS BUCALES EN EL INFANTE Y PROBLEMAS QUE OCASIONAN ESTOS SI CONTINÚAN DURANTE UN LARGO TIEMPO. ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA EL ODONTÓLOGO PODER FORMULAR DIAGNÓSTICOS SOBRE LOS CAMBIOS EN ESTRUCTURAS BUCALES QUE PARECEN RESULTAR DE HÁBITOS BUCALES Y ESCUCHAR OPINIONES DE INDIVIDUOS DE OTRAS PROFESIONES QUE ESTUDIAN EL MISMO PROBLEMA.

ES ESENCIAL PARA EL ODONTÓLOGO REVISAR LA MANERA EN QUE EL NIÑO SE RELACIONA CON EL MEDIO EXTERNO A TRAVÉS DE SUS ACTIVIDADES BUCALES.

FREUD Y SU ESCUELA DESTACARON ESTO, DELINEANDO CIERTAS FASES DE LA INFANCIA COMO PERÍODOS BUCAL Y ANALES.

REFLEJO DE SUCCIÓN.

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. 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.

A MEDIDA QUE SE DESARROLLA SU VISTA Y OÍDO, EL LACTANTE TRATA - DE ALCANZAR Y LLEVAR A LA BOCA AQUELLO QUE HA VISTO Y OÍDO A DISTANCIA. A PESAR DE LA MALA COORDINACIÓN DE SUS DEDOS Y EXTREMIDADES, - EL LACTANTE TIENDE A CONTINUAR HASTA QUE TODOS LOS OBJETOS POSIBLES - HAYAN SIDO LLEVADOS A SU BOCA PARA SER LAMIDOS, GUSTADOS Y EFECTIVAMENTE EXAMINADOS POR MEDIO DE SENSACIONES BUCALES. SI EL OBJETO -- PROVOCA UNA SENSACIÓN AGRADABLE, PUEDE TRATAR DE COMERLO, 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 RECHAZO DE UN OBJETO MALO SE DENOMINA PROYECCIÓN. EN ESTE 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 SOLO SIRVEN PARA ALIVIAAR LA TENSIÓN DE HAMBRE EXPERIMENTADA POR EL NIÑO, SINO TAMBIÉN SON UN MEDIO DE PRO--

BAR, CON LOS SENTIDOS DISPONIBLES, LO QUE ES BUENO O MALO.

LOS OBJETOS INTRODUCIDOS EN LA BOCA, ESPECIALMENTE SI SON CA---
LIENTES Y BLANDOS, TRAEN SOCIACIONES DE ALIMENTOS Y BIENESTAR PASA--
DOS. UTILIZANDO ÉSTAS EXPERIENCIAS SATISFACTORIAS, SE DA ASÍ MISMO
CIERTA SATISFACCIÓN SECUNDARIA PARA ALIVIAR LAS FRUSTRACIONES DEL --
HAMBRE U OTRO MALESTAR, AL INTRODUCIRSE SU DEDO PULGAR EN LA BOCA.

EL PULGAR MANTENIDO EN LA BOCA SE VUELVE EL SUBSTITUTO DE LA MA
DRE, AHORA NO DISPONIBLE CON SU ALIMENTO TIBIO, SATISFACE LA NECESI-
DAD DE TENER ALGO EN LA BOCA, Y TAMBIÉN LA NECESIDAD DE AGARRARSE A-
ALGO, ALGUNOS CONSIDERAN ESTO COMO UNO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE -
DESARROLLO DE INDEPENDENCIA O SEPARACIÓN DE LA MADRE.

SE HAN LOGRADO HALLAZGOS INTERESANTES DE ESTUDIOS REALIZADOS --
POR PEDIATRAS PARA DETERMINAR CUAL ES LA FRECUENCIA REAL DE SUCCIÓN-
DEL PULGAR Y LOS OTROS DEDOS EN UNA SUCCIÓN TRANSVERSAL DE PACIENTES
OBSERVADOS EN UN CONSULTORIO PEDIÁTRICO.

EN UN ESTUDIO DE ESTE GENERO, TRAISMAN Y TRAISMAN, EXAMINARON A
2650 LACTANTES Y NIÑOS DE MÁ S EDAD, DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 16
AÑOS Y OBSERVARON QUE 46% DE ELLOS SUCCIONARON SUS PULGARES EN ALGU-
NA ETAPA DE ESTE PERÍODO. DE ÉSTOS, 25% COMENZARON DURANTE SU PRI-
MER AÑO DE VIDA.

EN PROMEDIO, LA MAYORÍA HABÍA ABANDONADO EL HÁBITO AL LLEGAR A-
LOS 4 AÑOS. EXISTÍAN ALGUNOS, SIN EMBARGO, QUE HABÍAN CONTINUADO -
EL HÁBITO HASTA EDADES TAN AVANZADAS COMO 12 & 15 AÑOS.

HÁBITOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

LOS NIÑOS EXPERIMENTAN CONTINUAS MODIFICACIONES DE CONDUCTA QUE LES PERMITE 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 JUEGO Y DE CLASE.

LOS HÁBITOS QUE SE ADOPTAN O ABANDONAN FÁCILMENTE EN EL PATRÓN-- DE CONDUCTA DEL NIÑO, AL MADURAR 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 PER-- SONAL, ANTES ACEPTABLE, A UN NUEVO PATRÓN DE CONDUCTA MÁS CONSISTEN-- TE CON SU MAYOR NIVEL DE MADUREZ Y RESPONSABILIDAD.

HÁBITOS BUCALES COMPULSIVOS.

GENERALMENTE SE DICE 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 AMENA-- ZADA POR LOS EVENTOS OCURRIDOS EN SU MUNDO.

EL NIÑO TIENDE A SUFRIR MAYOR ANSIEDAD CUANDO SE TRATA DE CORRE-- GIR ESE HÁBITO. DEBE ACLARARSE QUE ÉSTOS HÁBITOS COMPULSIVOS EXPRE-- SAN UNA NECESIDAD EMOCIONAL PROFUNDAMENTE ARRAIGADA. EL TENDER A -- REALIZAR EL HÁBITO LE SIRVE DE ESCUDO CONTRA LA SOCIEDAD QUE LE RO--

DEA. ES SU VÁLVULA DE SEGURIDAD CUANDO LAS PRESIONES EMOCIONALES-- SE VUELVEN DEMASIADO DIFÍCILES DE SOPORTAR.

LITERALMENTE, SE RETRAE HACIA SÍ MISMO Y POR MEDIO DE LA EXTREMIDAD CORPORAL APLICADA A 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 HABER SE PRODUCIDO DEMASIADA TENSIÓN EN EL MOMENTO DE LA ALIMENTACIÓN, Y - ASÍ MISMO SE HA ACUSADO AL SISTEMA DE ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN. DE IGUAL MODO, SE ACEPTA GENERALMENTE QUE LA INSEGURIDAD DEL NIÑO, - PRODUCIDA POR FALTA DE AMOR Y TERNURA MATERNALES, JUEGA UN PAPEL IM PORTANTE EN MUCHOS CASOS.

CAPÍTULO IV.

ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS BUCALES INFANTILES.

LA PALABRA ETIOLOGÍA TIENE DOS RAICES: ATIA-CAUSA Y LOGOS-TRATADO. DE TAL MANERA QUE AL HABLAR EN ESTE CAPÍTULO SOBRE LA ETIOLOGÍA-DE LOS HÁBITOS BUCALES, NOS REFERIMOS A LAS CAUSAS QUE LOS PRODUCEN.

SABEMOS QUE TODOS LOS HÁBITOS TIENEN SU ORIGEN DENTRO DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR, YA QUE SON PATRONES REFLEJOS DE CONTRACCIÓN MUSCULAR DE NATURALEZA COMPLEJA QUE SE APRENDEN.

LOS HÁBITOS ORALES PUEDEN SER CAUSADOS POR DIVERSOS FACTORES ENTRE LOS CUALES, LOS QUE SE PRESENTAN CON MÁS FRECUENCIA SON LOS SIGUIENTES:

- 1) INSTINTO.
- 2) INSUFICIENTE O INCORRECTA SALIDA PARA LA ENERGÍA.
- 3) DOLOR O INCOMODIDAD.
- 4) TAMAÑO FÍSICO ANORMAL DE LAS PARTES.
- 5) IMITACIÓN.
- 6) CELOS PRODUCIDOS POR ALGUNA DIFERENCIA DE TRATO.
- 7) DIFICULTADES Y CONFLICTOS FAMILIARES.
- 8) PRESIÓN ESCOLAR.
- 9) ANSIEDAD PRODUCIDA POR EL EXCESO DE ACTIVIDAD PROPIA DE LAS GRANDES CIUDADES.
- 10) PROGRAMAS DE TELEVISIÓN IMPROPIOS, DE VIOLENCIA O TE-

RROR, NO APTOS PARA MENORES.

- 11) DEBIDO A MOLESTIAS QUE CAUSA LA ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS--
DIENTES.
- 12) FALTA DE SATISFACCIÓN ORAL EN LA FORMA DE ALIMENTACIÓN.
- 13) PROBLEMAS EMOCIONALES.

CLASIFICACIÓN:

1) INSTINTO:

LA PALABRA INSTINTO HA SIDO UN TÉRMINO QUE HA DESPERTADO GRAN--
DES CONTROVERSIAS DESDE LA ANTIGUEDAD.
PARA FREUD LOS INSTINTOS NACEN DE FUENTES DE ESTIMULACIÓN DENTRO--
DEL CUERPO, DE TAL MANERA QUE TIENEN SU ORIGEN (HAMBRE POR EJEM--
PLO), UN OBJETO Y UN FIN QUE SERÍA SUPRIMIR LA EXCITACIÓN (POR ME
DIO DE LA SUCCIÓN Y ALIMENTACIÓN) Y REESTABLECER EL EQUILIBRIO IN
TERNO MEDIANTE UNA DESCARGA DE ENERGÍA.

2) INSUFICIENTE O INCORRECTA SALIDA PARA LA ENERGÍA:

JOHNSON, OPINA QUE EL HÁBITO DE SUCCIÓN, ASÍ COMO OTROS HÁBITOS
ASOCIADOS COMO LA ONICOFAGIA SE ORIGINA EN LA INSATISFACCIÓN DEL--
INSTINTO ALIMENTARIO, ASÍ COMO A LA FALTA DE ESTÍMULO U OPORTUNI--
DAD PARA MOVIMIENTOS Y MANIPULACIÓN PROGRESIVA, TAL ES EL CASO --
DEL NIÑO QUE NO TIENE OPORTUNIDAD DE DESARROLLAR ACTIVIDADES MUS--
CULARES PORQUE SU ROPA LE ESTORBA O NO LE PERMITE LIBERTAD DE MO--
VIMIENTO. LOS NIÑOSHIPERQUINÉTICOS, ÉSTOS NIÑOS SE VEN AFECTA--
DOS EMOCIONALMENTE AL SENTIRSE INCAPACES DE PARAR SU ACTIVIDAD, LO--
QUE AGRAVA SU PROBLEMA Y LOS HACE CAER EN UN CÍRCULO VICIOSO.

3) DOLOR O INCOMODIDAD:

ESPECIALMENTE CUANDO CUALQUIERA DE ÉSTOS ES PROVOCADO POR TRASTORNOS EMOCIONALES, SE RECOMIENDA UNA DIETA ADECUADA A LA EDAD -- DEL BEBÉ, YA QUE AL PRESENTARSE EL DOLOR ALGUNOS PADRES SUELEN -- ACOSTAR AL NIÑO SOBRE SU ESTÓMAGO PARA AYUDAR A ELIMINAR EL DOLOR OCACIONANDO CONSIDERABLE FUERZA SOBRE LA CARA DEL NIÑO, A ÉSTO -- HAY QUE AUMENTAR QUE CON FRECUENCIA EL NIÑO COLOCA SU BRAZO O MANO BAJO SU CARA PRODUCIENDO UNA PRESIÓN DAÑINA ADICIONAL, EL HÁBITO MANDIBULAR ES RESULTADO DIRECTO DEL DOLOR. LOS HÁBITOS DE -- POSTURA, COMO PRESIONES ANORMALES, MALOS HÁBITOS AL DORMIR O ESTUDIAR, PUEDEN SER OCACIONADOS POR ÉSTE.

4) TAMAÑO FÍSICO ANORMAL DE LAS PARTES:

EL AGRANDAMIENTO DE ÓRGANOS COMO AMÍGDALAS, ADENOIDES O LENGUA PUEDE DIFICULTAR EL PASO DEL AIRE DURANTE LA RESPIRACIÓN, OBLIGARA A TENER LA LENGUA EN POSICIÓN PROGRESIVA ENTRE LOS DIENTES, COLOCÁNDOLOS HACIA ADELANTE, ENTRE O CONTRA LOS DIENTES AL TRAGAR, -- O MANTENER LA MANDÍBULA ADELANTADA Y ASÍ TENER MÁS LUGAR EN LA FARINGE.

LOS NIÑOS DE TIPO ECTOMÓRFICO POR SU TIPO GENÉTICO PUEDEN PRESENTAR ESPACIOS NASOFARÍNGEOS ESTRECHOS, PUEDEN PRESENTAR DIFICULTAD PARA RESPIRAR POR LA NARÍZ, POR LO QUE PUEDE DESARROLLAR EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL.

5) IMITACIÓN:

EL NIÑO TIENDE A COPIAR LO QUE VE A SU ALREDEDOR, DE AHÍ QUE -- MUCHOS HÁBITOS SEAN EL RESULTADO DE LA IMITACIÓN DEL NIÑO A SUS - PADRES, HERMANOS, COMPAÑEROS Y DEMÁS PERSONAS QUE LO RODEAN.

6) CELOS PRODUCIDOS POR ALGUNA DIFERENCIA DE TRATO EN EL HOGAR:

LOS CELOS CONSTITUYEN UN GRUPO DE SÍNTOMAS, TAMBIÉN PARECEN TENER SU ORIGEN EN LA INTERFERENCIA DE ACTIVIDADES O DESEOS, POR -- EJEMPLO SI A UN NIÑO NO SE LE PRESTA LA ATENCIÓN A QUE ESTÁ HABITUADO. EL MOTIVO CLÁSICO QUE HACE APARECER LOS CELOS EN LA IN-- FANCIA, ES EL NACIMIENTO DE UN HERMANITO QUE SE CONVIERTE EN CENTRO DE LA ATENCIÓN DE TODA LA FAMILIA. LA FRUSTRACIÓN QUE SUFRE EL NIÑO EN SU ADHESIÓN DE UNA PERSONA U OBJETO MOTIVADA POR OTRA-- PERSONA, PUEDE PROVOCAR ESTADOS TRANSITORIOS O PERMANENTES DE ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA A LOS QUE LLAMAMOS CELOS.

EL NIÑO PEQUEÑO PUEDE PONERSE RÍGIDO, QUEDARSE INMÓVIL, ROMPER-- EN LLANTO, LLAMAR LA ATENCIÓN POR MEDIO DE UNA CONDUCTA QUE SABE-- LLAMARÁ LA ATENCIÓN DE LOS PADRES, COMO POR EJEMPLO CHUPARSE EL - DEDO, COMERSE LAS UÑAS, ETC.

7) DIFICULTADES Y CONFLICTOS FAMILIARES:

LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DE LOS PADRES, ASÍ COMO LOS DE TODOS-- LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SE REFLEJAN EN EL NIÑO, LLEGANDO A PRO-- VOCAR ESTADOS DE ANGUSTIA E INFELICIDAD QUE SE REFLEJA EN TODA LA FAMILIA, ESPECIALMENTE EN LA CONDUCTA DE LOS NIÑOS. ES IMPORTAN-- TE QUE LOS PADRES SEPAN LAS NECESIDADES AFECTIVAS DE SUS HIJOS, - YA QUE SON DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE ÉSTOS.

EL NIÑO REQUIERE DEL CARIÑO Y APROBACIÓN DE SUS PADRES, POR LO QUE

CUANDO ES RECHAZADO POR ELLOS SUFRE UNA GRAN LESIÓN Y SE CORRE EL RIESGO DE QUE EL NIÑO ADQUIERA ALGUN TIPO DE HÁBITO PERNICIOSO.

8) PRESIÓN ESCOLAR:

ACTUALMENTE EXISTEN UNA GRAN CANTIDAD DE ESCUELAS Y CADA UNA -- DE ELLAS TIENEN UN SISTEMA DE ENSEÑANZA ESPECÍFICO, DE AQUÍ QUE - LOS PADRES DEBEN TENER ESPECIAL CUIDADO AL ELEGIR LA ESCUELA A LA QUE LLEVARÁN A SU HIJO, DE TAL MANERA QUE NO SE OCACIONEN CONFLICTOS EN LA FAMILIA, NI EN LA CONDUCTA DEL NIÑO PRODUCIÉNDOLE FUERTES PRESIONES QUE REDUNDRÁN EN SU PERJUICIO, YA QUE UN NIÑO QUE SE SIENTA ABURRIDO EN EL PUPITRE DE SU ESCUELA CON FRECUENCIA TENDRÁ A COLOCAR SU CABEZA SOBRE LAS MANOS Y DEMÁS POSICIONES INCORRECTAS DANDO LUGAR A PRESIONES INCONVENIENTES QUE PUEDEN PRODUCIR A LA LARGA MALFORMACIONES DE SU CARA Y UNA MALOCCLUSIÓN.

9) ANSIEDAD PRODUCIDA POR EL EXCESO DE ACTIVIDAD PROPIA DE LAS GRANDES CIUDADES:

EL MIEDO Y LA ANSIEDAD SON CONFUNDIDOS FRECUENTEMENTE AUNQUE ESTRUCTURALMENTE SEAN OPUESTOS, PODEMOS DECIR QUE EL MIEDO ES UNA REACCIÓN PROPORCIONADA AL PELIGRO AL QUE UNO SE ENFRENTA Y QUE LA ANSIEDAD ES UNA RESPUESTA DESPROPORCIONADA AL PELIGRO E INCLUSO - UNA REACCIÓN ANTE UN PELIGRO IMAGINARIO, ES DECIR EL MIEDO SE REFIERE A UN OBJETO ESPECÍFICO, MIENTRAS QUE EN LA ANSIEDAD EL VERDADERO OBJETO DE TEMOR SE HA PERDIDO O REPRIMIDO, DICHO EN TÉRMINOS PSICOANALÍTICOS. LA EXPERIENCIA EMOCIONAL PUEDE NO DEJAR -- TRAZA ALGUNA Y CAMBIAR DE UN MINUTO A OTRO, SIN EMBARGO TAMBIÉN--

ES POSIBLE QUE DEJE UNA PROFUNDA HUELLA EN EL NIÑO Y MANIFESTARSE ES DECIR, EN SU CONDUCTA REVIVIÉNDOSE MEDIANTE UNA EXPERIENCIA EL EFECTO DE LA PRIMERA INFANCIA, DE AQUÍ QUE LAS EMOCIONES EN LOS NIÑOS PUEDEN ORIGINAR INADAPTACIONES O CONDUCTAS INADECUADAS.

10) PROGRAMAS DE TELEVISIÓN IMPROPIOS, DE VIOLENCIA O TERROR NO APTOS PARA MENORES:

EN LA TELEVISIÓN EXISTEN PROGRAMAS DE TODOS TIPOS, UNOS CON UNA GRAN CARGA DE VIOLENCIA, TERROR, MISTERIO, COMO PROGRAMAS DE GUERRA, GANGSTERS, BRUJAS, ANIMALES QUE SE COMEN A LA GENTE, DRAMATIZACIONES, QUE PRODUCEN DIVERSAS REACCIONES EN LOS NIÑOS COMO AN--GUSTIA, MIEDO, CÓLERA, ANSIEDAD, ETC. QUE INFLUIRÁN EN SU COMPOR--TAMIENTO. HAY ALGUNOS NIÑOS QUE LES GUSTA VER PROGRAMAS DE MIE--DO Y DURANTE TODO EL PROGRAMA SE COMEN LAS UÑAS, SE CHUPAN EL DE--DO, MUERDEN ALGUN OBJETO Y ALGUNA VEZ QUE SE VAN A DORMIR CONTI--NÚAN CON ÉSTO E INCLUSO CUANDO LO RECUERDAN VUELVEN A TENER ÉSTAS CONDUCTAS.

11) DEBIDO A LAS MOLESTIAS QUE CAUSA LA ERUPCIÓN DE LOS PRIMEROS DIENTES:

LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS, TEMPORALES, INFANTILES O--DE LECHE SE ENCUENTRA PRECEDIDA DE UNA GRAN SALIVACIÓN, ASÍ COMO--DE LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES. ES FRECUENTE QUE EN ESTE PERÍODO LOS NIÑOS SE PONGAN INQUIETOS Y MOLESTOS, YA QUE LA--INFLAMACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL ANTES DE LA COMPLETA EMERGENCIA --DE LA CORONA DE LOS DIENTES PUEDE OCASIONAR DOLOR Y TENDERÁN A --

LLEVARSE LOS DEDOS, LA MANO O CUALQUIER OBJETO A LA BOCA, Y SI -- ÉSTO LO EFECTUA CON MUCHA FRECUENCIA PUEDE DESENCADENARSE UN HÁBITO ORAL PERNICIOSO COMO LA SUCCIÓN DEL PULGAR.

12) FALTA DE SATISFACCIÓN ORAL EN LA FORMA DE ALIMENTACIÓN:

DURANTE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO POR EJEMPLO, AL ENSANCHAR EN -- EXCESO EL ORIFICIO DEL CHUPÓN DE LA MAMILA DEL NIÑO ADEMÁS DE FAVORECER LA GENERACIÓN DE HÁBITOS DE SUCCIÓN TAMBIÉN SE PUEDE AYUDAR A LA FORMACIÓN DE UN HÁBITO DE DEGLUCIÓN DEFECTUOSA YA QUE -- LLEGA DEMASIADA LECHE A LA BOCA DEL NIÑO POR LO QUE SE VE EN LA -- NECESIDAD DE CONTENER LA GRAN CANTIDAD DE LÍQUIDO. DURANTE EL -- AMAMANTAMIENTO LA MADRE TRANSMITE AL NIÑO SUS SENTIMIENTOS DE ESTADO DE ÁNIMO, ASÍ CUANDO SE LE ALIMENTA EN FORMA MUY RÍGIDA O -- MUY RÁPIDA (SOLAMENTE LOS MINUTOS QUE SE DIJO EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA) EL NIÑO TENDERÁ A SATISFACER SU INSTINTO DE SUCCIÓN INTRODUCIENDO LO PRIMERO QUE ENCUENTRE A SU ALCANCE, UNA SABANITA, -- SU MANO, ETC.

13) PROBLEMAS EMOCIONALES:

SIENDO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES UNO DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS HÁBITOS BUCALES, ES NECESARIO SABER LO QUE EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO ES Y COMO SE HA EFECTUADO EN NUESTRO PACIENTE, YA QUE EN GRAN MEDIDA SERÁ LA EXPRESIÓN DE LO QUE EL INDIVIDUO SERÁ.

CAPÍTULO V

DIAGNÓSTICO

EL DIAGNÓSTICO ES LA RAMA DE LA MEDICINA QUE ESTUDIA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA ENFERMEDAD PARA IDENTIFICARLA.

UNA VEZ OBTENIDOS LOS DATOS PUEDE OCURRIR QUE TENAMOS NECESIDAD DE CONSULTAR A OTROS ESPECIALISTAS O MÉDICOS GENERALES ANTES - DE PODER TOMAR ALGUNA DECISION Y LLEVAR A CABO UN PLAN DE TRATAMIENTO.

DEBE HACERSE UN EXAMEN COMPLETO DEL NIÑO PARA PODER OBTENER - NUESTRAS PROPIAS CONCLUSIONES QUE PUEDE ESQUEMATIZARSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

1) DEBEMOS ELABORAR UNA HISTORIA DEL CASO QUE INCLUYA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

A) LA MOLESTIA PRINCIPAL DEL PACIENTE.

B) HISTORIA PRENATAL, NATAL Y POSTNATAL DE LA INFANCIA DE NUESTRO PACIENTE.

2) EXAMEN CLÍNICO:

A) VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE.

B) RECONOCIMIENTO DETALLADO DE LA BOCA.

C) EXÁMENES SUPLEMENTARIOS Y PRUEBAS ESPECIALES.

3) DIAGNÓSTICO:

EL CUAL ABARCARÁ TODAS LAS ANORMALIDADES, ETIOLOGÍA E IMPORTAN--
CIA DE MANERA SUSTANCIAL.

EN EL CASO DE LOS HÁBITOS ORALES, PARA OBTENER UN DIAGNÓSTICO--
ADECUADO DEBE REALIZARSE LO SIGUIENTE:

- 1) UNA HISTORIA CLÍNICA GENERAL PARA ODONTOPEDIATRÍA.
- 2) UNA HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA HÁBITOS.
- 3) MODELOS DE ESTUDIO.
- 4) RADIOGRAFÍAS.
- 5) FOTOGRAFÍAS DEL CASO.
- 6) Y SOBRE TODO LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EFECTUANDO EL HÁBITO.

1) HISTORIA CLÍNICA GENERAL DE ODONTOPEDIATRÍA:

CON ÉSTA VAMOS A OBTENER UNA BIOGRAFÍA MÉDICA DE LA VIDA DEL EN
FERMO. DEBEREMOS REALIZARLA EN FORMA ORDENADA Y METÓDICA, DE--
TAL FORMA QUE FACILITE TANTO LA RECOPIACIÓN DE DATOS COMO SU -
INTERPRETACIÓN.

LA HISTORIA CLÍNICA DE UN PACIENTE DE ODONTOPEDIATRÍA PUEDE -
DIVIDIRSE EN:

- 1.- ESTADÍSTICAS VITALES O DATOS GENERALES.
- 2.- HISTORIA DE LOS PADRES.
- 3.- HISTORIA POSTNATAL Y DE LACTANCIA.

EXAMEN CLÍNICO:

1.1.- PERSPECTIVA GENERAL DEL PACIENTE:

- A) ESTATURA.
- B) PORTE.
- C) LENGUAJE.

1.2.- EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO.

- A) TAMAÑO Y FORMA DE LA CABEZA.
- B) PELO Y PIEL.
- C) INFLAMACIÓN FACIAL Y ASIMETRÍA.
- D) ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)
EJOÍDOS.
- F) OJOS.
- G) NARÍZ.
- H) CUELLO.

1.3.- EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:

- A) ALIENTO.
- B) LABIOS, MUCOSA LABIAL Y BUCAL.
- C) SALIVA.
- D) TEJIDO GINGIVAL.
- E) LENGUA Y ESPACIO SUBLINGUAL.
- F) PALADAR.
- G) FARINGE Y AMÍGDALAS.

2) HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA HÁBITOS ORALES.

TIPO DE HÁBITO _____ NOMBRE _____
DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

REMITIDO POR: DENTISTA _____ MÉDICO _____ OTRO _____

ESPECIFICAR _____

ANOMALÍAS CONGÉNITAS: _____ ESPECIFICAR _____

HOGAR.

A) CON QUIÉN VIVE EL NIÑO _____

B) NOMBRE, EDAD, SEXO DE LOS HERMANOS: _____

C) CARÁCTER DE LA MADRE: _____

D) CARÁCTER DEL PADRE: _____

E) PROBLEMAS CON LOS PADRES: _____

ALIMENTACIÓN.

A) ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO: _____

DURACIÓN _____ MESES _____

B) EDAD AL DESTETE _____ MESES _____

C) HÁBITOS ALIMENTARIOS ACTUALES: _____

D) COMENTARIOS: _____

HÁBITOS DE SUEÑO.

A) SIESTAS, REGULARIDAD, DURACIÓN, POSICIÓN: _____

B) DE NOCHE, CANTIDAD, HORAS, FRECUENCIA DE LAS INTERRUPCIONES,
NORMALIDAD, ETC. _____

C) COMENTARIOS: _____

W.C.

- A) ¿CUANDO EMPEZÓ A CONTROLAR ESFÍNTERES? _____
- B) ¿CON QUE FRECUENCIA MOJA SU CAMA? _____
- C) ¿TIENE COMPLETO CONTROL DE ESFÍNTERES? _____
- D) TEMORES DESUSADOS: _____
- E) COMENTARIOS: _____

COMPORTAMIENTO SOCIAL.

- A) TIPO DE PERSONALIDAD: _____
- B) HÁBITOS DE JUEGO: _____
- C) PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: _____
- D) RELACIÓN CON LOS AMIGOS: _____
- E) RELACIÓN BAJO TENSIÓN: _____
- F) LE GUSTA VER PROGRAMAS DE TELEVISIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO:

SALUD GENERAL.

- A) ¿COMO ES SU ESTADO DE SALUD GENERAL? _____
- B) ¿CON QUE FRECUENCIA TIENE RESFRIADOS? _____

- C) ¿EN QUE ÉPOCAS DEL AÑO SE ENFERMA? _____

HÁBITOS.

- A) ¿QUÉ TIPO DE HÁBITOS PRACTICA? _____

- B) ¿LO ACOMPAÑA OTRO HÁBITO? _____
- C) ¿PRESENTA CAMBIOS DE COLOR, CONSISTENCIA O CALLOSIDADES EN ALGÚN DEDO O MANO? _____
- D) PROFUNDIDAD DEL PALADAR DURO _____
- E) RESPIRA POR LA NARIZ Y CON LA BOCA CERRADA SIEMPRE: _____
- F) DETECTA DIFICULTADES RESPIRATORIAS CONTROLANDO LA RESPIRACIÓN Y EL PASO DE AIRE: _____
- G) OBSERVAR TIPO DE DEGLUCIÓN Y POSICIÓN DE LA LENGUA: _____
- H) LESIONES DE LOS LABIOS: _____
- I) ¿CORRESPONDEN SU DICCIÓN Y SU EDAD? _____
- J) ¿PRESENTA MORDEDURA EN LOS CARRILLOS? _____
- K) ¿ABRE PASADORES CON LOS DIENTES? _____
- L) ¿INTRODUCE CUERPOS EXTRAÑOS EN SU BOCA? _____
- M) ¿PRESENTA INDICIOS DE ALGÚN HÁBITO MASOQUISTA? _____
- N) ¿SE COME LAS UÑAS CON FRECUENCIA? _____
- Ñ) ¿EJERCE PRESIONES DAÑINAS EN SU BOCA AL DORMIR? _____
 ESTUDIAR O POR PERÍODOS PROLONGADOS? _____

3) MODELOS DE ESTUDIO.

LOS MODELOS DE ESTUDIO SON EL MEDIO POR EL CUAL PODEMOS REGISTRAR EN UNA FORMA PRECISA UNA SITUACIÓN DETERMINADA EN UN MOMENTO--

DADO. TAMBIÉN SON AUXILIARES VALIOSOS CUANDO DESEAMOS EXPLICAR A LOS PADRES DEL NIÑO EL CASO O ALGÚN PROCEDIMIENTO, ASÍ COMO -- CUANDO DESEAMOS DISCUTIR EL CASO CON OTROS ESPECIALISTAS, CON -- NUESTRO PACIENTE O TAMBIÉN CON OTROS PACIENTES CON PROBLEMAS SIMILARES, ADEMÁS SON DE GRAN UTILIDAD PARA CORRELACIONAR LOS DATOS OBTENIDOS DE RADIOGRAFÍAS INTRAORALES Y CEFALOMÉTRICAS.

LAS RAZONES POR LAS QUE SE TOMAN LOS MODELOS DE ESTUDIO SON -- LAS SIGUIENTES:

- 1.- PARA UN FICHADO ORDENADO DEL CASO.
- 2.- COMO AYUDA PARA EL DIAGNÓSTICO PARA SEGUIR EL MOVIMIENTO DENTARIO DURANTE EL TRATAMIENTO.
- 3.- PARA EXPLICAR A LOS PADRES EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.
- 4.- PARA LA INVESTIGACIÓN.

4) RADIOGRAFÍAS.

LAS RADIOGRAFÍAS SON ELEMENTOS INDISPENSABLES EN LA ELABORACIÓN DE UN BUEN DIAGNÓSTICO, YA QUE POR MEDIO DE IMAGENES BIDIMENSIONALES CAPTURAN LA CORONA, CUELLO, RAÍZ, CÁMARA PULPAR, ÁPICE DE LA RAÍZ Y ESTRUCTURAS CIRCUNDANTES.

NOS PROPORCIONAN ENTRE OTROS DATOS COMO: RESORCIÓN RADICULAR, DIRECCIÓN DE ERUPCIÓN, FORMA Y TAMAÑO DE DIENTES, GRADO DE CÁRRIES, CARACTERÍSTICAS DE HUESO ALVEOLAR, Y LÁMINA DURA, INCLINACIÓN DE LAS RAÍCES, NÚMERO DE DIENTES, PRESENCIA DE RESTOS RADICULARES, ETC.

ESPECÍFICAMENTE ES EL DIAGNÓSTICO DE LOS HÁBITOS BUCALES SON --

DE GRAN AYUDA PORQUE NOS PERMITEN OBSERVAR EL ESTADO DEL HUESO - DE SOPORTE SUJETO A PRESIONES DAÑINAS, PARA VER SI SE HA PRODUCIDO ALGUNA ALTERACIÓN EN LA ALINEACIÓN DE DIENTES PERMANENTES Y - LA OCLUSIÓN CUANDO HAGAN ERUPCIÓN, TAMBIÉN PODEMOS DETECTAR ALGUNA FRACTURA EN LA RAÍZ DE LOS INCISIVOS PERMANENTES SUPERIORES - YA QUE EN EL HÁBITO DE SUCCIÓN SUELEN INCLINARSE LABIALMENTE COLOCÁNDOSE EN UNA POSICIÓN ESPECIALMENTE SENSIBLE A FRACTURAS --- ACCIDENTALES.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, YA QUE - AL INCLUIR EN UNA SOLA IMAGEN TODO EL SISTEMA MASTICATORIO NOS-- PERMITE REGISTRAR LOS ELEMENTOS IMPORTANTES DE FORMA METÓDICA.

ÉSTAS RADIOGRAFÍAS SON MUY ÚTILES EN LA ORIENTACIÓN DE LA OCLUSIÓN EN DESARROLLO, PARA DETERMINAR EL ESTADO DEL DESARROLLO DENTARIO, ASÍ COMO EXTRACCIONES EN SERIE, ES DECIR, ES UN ELEMENTO QUE NOS VA A AYUDAR A CORRELACIONAR LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LA - ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. TAMBIÉN LAS RADIOGRAFÍAS CEFALOMÉTRICAS SON DE GRAN AYUDA PARA EL DENTISTA YA QUE PROPORCIONAN -- UNA IMAGEN MÁS EXACTA DE LA INCLINACIÓN DENTARIA AÚN SIN HACER - ERUPCIÓN, ADEMÁS PUEDEN OBSERVARSE AMÍGDALAS Y ADENOIDES AGRANDADOS, INCREMENTOS DE CRECIMIENTO, CRECIMIENTO DIFERENCIAL Y CRECIMIENTO DE LAS PARTES QUE COMPONEN EL COMPLEJO CRÁNEOFACIAL.

5) FOTOGRAFÍAS DE LA CARA.

LAS FOTOGRAFÍAS COMO MEDIO PARA EL DIAGNÓSTICO PUEDEN SER: EXTRAORALES DE FRENTE Y PERFIL E INTRAORALES; NOS AYUDARÁN A CON--

FIRMAR LOS DATOS YA OBTENIDOS PREVIAMENTE CON LOS OTROS REGISTROS COMO: LABIO SUPERIOR CORTO E HIPOTÓNICO, PERFIL CONVEXO, SOBREMORDIDA, LABIO INFERIOR PESADO Y REDUNDANTE, TAMAÑO Y FORMA DEL MENTÓN Y LA NARÍZ, COLORACIÓN Y POSICIÓN, NÚMERO, FORMA Y TAMAÑO DE DIENTES Y DEMÁS ESTRUCTURAS INTRAORALES. YA QUE LA FOTOGRAFÍA PUEDE REGISTRAR DATOS QUE HAYAN PASADO DESAPERCIBIDOS EN EL EXAMEN VISUAL DEL PACIENTE. LAS FOTOGRAFÍAS CONSTITUYEN UN MÉTODO PARA PERSONALIZAR LAS RADIOGRAFÍAS Y LOS MODELOS DE ESTUDIO YA QUE SIRVEN PARA QUE EL PACIENTE PERCIBA QUE LOS REGISTROS OBTENIDOS EN ÉSTOS SON EN REALIDAD PARTE DE ÉL.

UN DATO MUY IMPORTANTE ES QUE ÉSTE SERÁ EL REGISTRO DE LA FORMA DE LA CARA, INCLINACIÓN DE LA FRENTE, ETC., QUE DEBE CORRESPONDER AL TIPO DE ARCADA; EN EL TRATAMIENTO EMPLEADO PARA ROMPER EL HÁBITO Y REHABILITAR AL PACIENTE DEBEN TOMARSE MUY EN CUENTA ÉSTOS DATOS, YA QUE SI UN PACIENTE TIENE PERFIL CONVEXO AL IGUAL QUE SU PADRE Y HERMANOS NO DEBEREMOS TRATAR DE CAMBIARLO POR UN PERFIL RECTO.

6) OBSERVACIÓN DEL PACIENTE EFECTUANDO EL HÁBITO.

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL DENTISTA OBSERVE Y HAGA UN REGISTRO POR ESCRITO DE LA MANERA O FORMA EN QUE EL NIÑO EFECTÚA EL HÁBITO.

UNA VEZ REUNIDOS TODOS ÉSTOS DATOS EL ODONTOPEDIATRA O PROFESIONAL QUE ATIENDE PACIENTES INFANTILES CON ÉSTOS PROBLEMAS, ESTARA CAPACITADO PARA LOGRAR UN BUEN DIAGNÓSTICO, UN PRONÓSTICO -

ACERTADO Y UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA CADA CASO.

CAPÍTULO VI.

MÉTODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR
AL NIÑO.

ACTUALMENTE SE HA VISTO QUE LOS PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS--
OFRECEN GRANDES POSIBILIDADES DE ÉXITO. PARA EMPLEAR ESTE PROCE-
DIMIENTO ES NECESARIO CONOCER EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO Y
ENCONTRAR LOS FACTORES ETIOLÓGICOS, YA SEA DE ORIGEN PSICO'ÓGICO O
BIOLÓGICO. LOS PADRES PIDEN A MENUDO LA INTERVENCIÓN DEL ODONTÓ-
LOGO EN CASOS EN LOS QUE SE ENCUENTRA QUE UN HÁBITO BUCAL ANORMAL-
ESTÁ CAUSANDO DISTORSIONES DE HUESO ALVEOLAR Y POSICIÓN DE LA PIE-
ZA O ALGUNA OTRA ALTERACIÓN DE LA BOCA, RECURRE AL ODONTÓLOGO ESPE-
RANDO QUE RESUELVAN EL PROBLEMA, NO OBSTANTE HAY QUE TOMAR EN CUEN-
TA QUE LOS HÁBITOS SON SÍNTOMAS DE PROBLEMAS DE LA PERSONALIDAD Y-
SE ENCUENTRAN DENTRO DEL CAMPO DE LOS ESPECIALISTAS EN SALUD MEN--
TAL. SIN EMBARGO, EL ODONTÓLOGO TIENE MÁS RECURSOS DE QUE VALER-
SE EN EL TRATAMIENTO DE ÉSTOS PACIENTES PARA VALORAR AL NIÑO DESDE
EL PUNTO DE VISTA INDIVIDUAL, FAMILIAR, EN EL CRECIMIENTO Y DESA--
RROLLO DE LA CARA Y EN EL ESTABLECIMIENTO DE UNA CORRECTA OCLUSIÓN
Y EN BASE A ÉSTOS DECIDIR CUANDO SE DEBE REALIZAR UN TRATAMIENTO--
PARA INTERCEPTAR EL HABITO SIN CREARLE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, CON-
TRIBUYENDO A UN MEJOR DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO:

SE HA RECOMENDADO EXAMINAR ANTES DE INTERVENIR LOS SIGUIENTES
FACTORES: DURACIÓN, FRECUENCIA, DESARROLLO OSTEOGÉNICO, HERENCIA -

GENÉTICA Y ESTADO DE SALUD GENERAL DEL NIÑO.

SE HA OBSERVADO QUE SI EL NIÑO NO DESEA DEJAR EL HÁBITO, ES--
TE NO PUEDE DESARRAIGARSE Y QUE POR MEDIO DE AMENAZAS Y CASTIGOS -
SOLO SE OBTIENE CONDUCIR AL PEQUEÑO A MAYORES TRASTORNOS EN LA CON-
DUCTA. CUANDO SE OBSERVA QUE EL NIÑO DESEA DEJAR EL HÁBITO ES NE-
CESARIO CONTAR CON LA COOPERACIÓN DE LOS PADRES, POR LO QUE DEBE -
DÁRSELES LAS SIGUIENTES SUGERENCIAS:

- 1.- ESTABLECER UNA META A CORTO PLAZO PARA ROMPER EL HÁBITO (1 ó 2 SEMANAS).
- 2.- NO CRITICAR AL NIÑO SI EL HÁBITO CONTINÚA.
- 3.- ESTIMULAR AL NIÑO CON UNA PEQUEÑA RECOMPENSA SI ABANDONA EL HÁBITO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO SE BUSCA ESTABLECER ANTE-
TODO LAS CAUSAS DEL HÁBITO ATACÁNDOLAS DESDE LA RAÍZ, PREVINIENDO-
SU APARICIÓN MEDIANTE LA OBSERVACIÓN CUIDADOSA DEL NIÑO Y TODO LO-
QUE LO RODEA, O ANULÁNDOLOS SI YA SE PRESENTARON Y ACTÚAN EN FORMA
NEGATIVA EN ÉL.

DENTRO DEL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA HA HABIDO DIVERSAS CORRIEN-
TES CADA UNA HA TRATADO A SU MANERA LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON
HÁBITOS, POR EJEMPLO: A.S. NEILL CUANDO LE PREGUNTARON ¿QUE HARÉ -
PARA QUE MI HIJO DEJE DE CHUPARSE EL PULGAR? CONTESTO: "NO INTENTE
USTED NADA, SI TIENE USTED ÉXITO PROBABLEMENTE HARÍA RETROCEDER AL
NIÑO A UN INTERES ANTERIOR AL DE CHUPARSE EL DEDO". EL CHUPARSE-
EL PULGAR REVELA QUE NO HA SIDO PLENAMENTE VIVIDO EL INTERES POR -
EL PECHO MATERNO, COMO PUEDE USTED DARLE EL PECHO A UN NIÑO DE 8 -

AÑOS, TODO LO QUE PUEDE HACER ES VER EL MODO DE DARLE TODAS LAS --- OPORTUNIDADES POSIBLES PARA QUE ADQUIERA UN INTERES CREADOR. PERO- ESTO NO SIEMPRE OPERA LA CURACIÓN.

OTRA CORRIENTE EXTENDIÓ LA IDEA DE ACTUAR DE MANERA INMEDIATA- Y SUSTANCIAL ANTE LA APARICIÓN DEL PRIMER SÍNTOMA DE UN MAL HÁBITO- SIN TOMAR EN CUENTA LAS ETAPAS NORMALES DE DESARROLLO.

UN MÉTODO PSICOLÓGICO PODRÍA SER EL SIGUIENTE: "SE LE PIDE AL- NIÑO QUE LLEVE UN REGISTRO DIARIO EN UNA TARJETA DE CADA VEZ QUE SE LLEVA EL PULGAR A LA BOCA Y QUE CADA SEMANA LLAME AL ODONTÓLOGO E - INFORME DE SU PROGRESO EN LA CESACIÓN DEL HÁBITO. SI SE OBSERVA -- DISMINUCIÓN EN LA REALIZACIÓN DEL HÁBITO EN LA PRIMERA SEMANA SERÁ- EVIDENCIA DE PROGRESO Y SEÑAL DE QUE EL NIÑO LO DEJARÁ.

PARA CUMLEY, LAS MEJORES MEDIDAS PARA CORREGIR EL HÁBITO SON - LAS INDIRECTAS COMO POR EJEMPLO, PROPORCIONARLE ESCAPES POR MEDIO-- DEL JUEGO Y DESCANSO.

ES NECESARIO TRATAR AL NIÑO ÍNTEGRO Y NO A LOS SÍNTOMAS, DEFI- NIENDO CUALES SON LAS CONDICIONES ADVERSAS AL DESARROLLO QUE INDU-- CEN EL MAL HÁBITO Y REFORMÁNDOLAS POCO A POCO.

LOS ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL RECOMIENDAN QUE UN NIÑO EN ETAPA- ESCOLAR REQUIERE PARA UN BUEN DESARROLLO:

- 1.- PERTENECER A UN GRUPO PARA SUPERAR LA ANGUSTIA DE LA SEPARACIÓN FAMILIAR.
- 2.- DAR Y RECIBIR AFECTO, LO QUE AUMENTA SU SEGURIDAD EMOCIONAL.

- 3.- APRENDER EL PAPEL SOCIAL-SEXUAL, FAVORECIDO POR LOS PADRES.
- 4.- UTILIZAR LOS SIMBOLOS ESCRITOS O VERBALES. PENSAMIENTO ABS-----
TRACTO.
- 5.- DESARROLLAR EL SENTIDO DE INICIATIVA, BASE DEL TRABAJO PRODUC--
TIVO.

ANTES DE EFECTUAR CUALQUIER TRATAMIENTO, ES NECESARIO REFLEXIO
NAR QUE HAY DETRÁS DE LA SEÑAL QUE EL NIÑO ESTÁ MANDANDO A TRAVÉS -
DE ESE HABITO ORAL PARA PODER TRATARLO CORRECTAMENTE.

DEBEMOS RECORDAR A LOS PADRES QUE SUS PROBLEMAS EMOCIONALES RE
PERCUTEN EN LOS HIJOS, DE TAL FORMA QUE SU ANGUSTIA E INFELICIDAD -
PUEDE SER EL FACTOR DESENCADENANTE DE UNA SERIE DE TRASTORNOS EN EL
NIÑO, ENTRE LOS QUE PUEDEN ESTAR LOS HÁBITOS ORALES DEFORMANTES Y -
QUE SUS FUNCIONES SON COMPLEMENTARIAS EN TERMINOS DE SEGURIDAD, ES-
TIMULACIÓN Y AFECTIVIDAD, INFLUYENDO EN FORMA DECISIVA EN LA INTE--
GRACIÓN DE ÉSTE, POR LO QUE EN ALGUNAS OCASIONES ES NECESARIO EMPE-
ZAR EL TRATAMIENTO CON LOS PADRES.

NO DEBE INTENTARSE MANIPULAR AL NIÑO PARA OBTENER CAMBIOS EN -
SU CONDUCTA, CUANDO SE LE AMENAZA CON:
"SI TE SIGUES CHUPANDO EL DEDO YA NO TE VOY A QUERER". LO QUE SE-
LOGRA ES CREARLE UNA INSEGURIDAD BÁSICA FRENTE A LA VIDA.

ES IMPORTANTE QUE LOS PADRES ENTIENDAN, QUE NO IMPORTA LA CAN-
TIDAD DE TIEMPO QUE SE DEDIQUE A LOS HIJOS, SINO LA CALIDAD DE ÉSTE
NO PORQUE UNA MADRE PERMANEZCA JUNTO A SU HIJO MUCHO TIEMPO --

SIGNIFICA QUE ESTÁ CONVIVIENDO Y COMPARTIENDO INTERESES CON SU --- HIJO.

SABEMOS QUE ES MÁS PROVECHOSO PARA EL NIÑO LA ALIMENTACIÓN -- CON BIBERÓN DADO CON DEMOSTRACIONES DE CARIÑO POR PARTE DE LA MA-- DRE. QUE LA ALIMENTACIÓN NATURAL QUE SE EFECTÚA CON PRISAS Y SIN - MUESTRAS DE AFECTO.

ES CLARA LA IMPORTANCIA DE LOS MAESTROS EN LA VIDA DEL NIÑO. CUANDO ÉSTOS NO TOMAN EN CUENTA LA EDAD MENTAL DE CADA PEQUEÑO, --- PUEDEN PROPICIAR UN PROBLEMA DE CONDUCTA EN ALGUNO QUE DIFIERA EN- ALGO DE OTROS, AUNQUE SEA NORMAL, CUANDO ES FORZADO A SEGUIR UN PA TRON DE CONDUCTA GENERAL, PUEDEN HACER QUE UN PROBLEMA SE AGRAVE, - YA QUE MUCHAS VECES POR FALTA DE CONOCIMIENTOS PONEN EN EVIDENCIA-- O RECHAZAN AL NIÑO QUE PRESENTA HÁBITOS COMO EL DE SUCCIÓN.

SIEMPRE QUE EL MAESTRO ENCUENTRE ALGUNA EVIDENCIA DE ANOMALÍA EN EL NIÑO, DEBE EXPRESARLO SIN RUDEZA (LOS PADRES SON MUY SENSI-- BLES A LA CRÍTICA SOBRE SUS HIJOS) A LOS PADRES PARA QUE SU HIJO - RECIBA A TIEMPO LA AYUDA NECESARIA.

ES CONVENIENTE QUE LOS PADRES, MAESTROS Y MÉDICOS RESPETEN EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO, TOMANDO EN CUENTA LOS PRINCIPIOS PSICOLÓ- GICOS DEL DESARROLLO Y QUE ANTES DE TOMAR ALGUNA DECISIÓN, SE DE-- TENGAN A ANALIZAR QUE HAY DETRÁS DE LA SEÑAL QUE EL NIÑO ESTÁ MAJ DANDO CUANDO EFECTÚA EL HÁBITO.

LOS MODERNOS HALLAZGOS DE PSICOLOGÍA PROFUNDA MUESTRAN QUE --

DEBEN TOMARSE MUY EN CUENTA LOS FACTORES EMOCIONALES QUE DETERMINAN LA FORMACIÓN DEL HÁBITO Y ES NECESARIO INDAGAR SU CAUSA Y NO TRATAR DE ELIMINARLA SIMPLEMENTE, YA QUE PUEDE SER UN SÍNTOMA DE ALGÚN DESORDEN PSICOLÓGICO O BIOLÓGICO.

ES NECESARIO QUE EL MÉDICO Y EL ODONTÓLOGO SE INTERESEN EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE Y TRATEN DE ESTABLECER LAS CAUSAS PSICOLÓGICAS Y BIOLÓGICAS DE LOS HÁBITOS. ENTRE LAS PRIMERAS PODEMOS ENCONTRARNOS CON QUE SE TRATA DE UNA RESPUESTA ANTE EL ABURRIMIENTO. SIN LUGAR A DUDAS TAMBIÉN PODEMOS ENCONTRARNOS CON RELACIÓN EMOCIONAL DEFECTUOSA ENTRE MADRE E HIJO QUE NO PERMITE EL EQUILIBRADO Y NORMAL DESARROLLO DE ÉSTE. CUANDO EL FACTOR ETIOLÓGICO ES PURAMENTE EMOCIONAL, ES RECOMENDABLE ELIMINAR LAS TENSIONES RESPONSABLES DEL MAL AUNQUE PUEDE EMPLEARSE ALGÚN MÉTODO EXTRAORAL AUXILIAR COMO ALGUNA LOCION RECORDATORIA, ETC.

CAPÍTULO VII

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

EXISTEN DIVERSOS MÉTODOS EXTRABUCALES PARA LA ELIMINACIÓN DE LOS HÁBITOS PERNICIOSOS; ALGUNOS DE ELLOS CONSISTEN EN RODEAR EL DEDO DEL NIÑO CON UNA CINTA ADHESIVA, USO DE GUANTES, COLOCAR SUSTANCIAS DE SABOR DESAGRADABLE EN EL DEDO DEL NIÑO, EL USO DE CHUPONES-CORRECTAMENTE DISEÑADOS. EL DESEO DE UTILIZAR CUALQUIER MÉTODO -- SOLO TENDRÁ BUEN RESULTADO SI SE CUENTA CON LA COOPERACIÓN DEL NIÑO

CUALQUIER MÉTODO DEBE INICIARSE SOLAMENTE CUANDO TENGA LA SEGURIDAD DE QUE EL PACIENTE DESEA ROMPER CON ESE HÁBITO, SI EL NIÑO NO ESTÁ DE ACUERDO EL TRATAMIENTO ESTARÁ PREDISPUERTO AL FRACASO. DEBERÁ ADVERTIRSE SIEMPRE A LOS PADRES QUE LA ELIMINACIÓN DE ÉSTE HÁBITO PUEDE DAR LUGAR AL SURTIMIENTO DE OTRO AÚN MÁS NOCIVO.

EL HÁBITO PUEDE SER LA RESPUESTA A LA ACTITUD DE LOS PADRES Y MUY ESPECIALMENTE LA DEL PADRE, YA QUE GENERALMENTE ES MENOS TOLERANTE, POR LO QUE CONTAR CON SU AYUDA ES DE GRAN VALOR, SI ÉSTE MUESTRA DESEOS DE AYUDAR A SU HIJO, POR EJEMPLO RECOMPENSÁNDOLO CON UN REGALO A SU ALCANCE Y SE ESTIMULA SU ESFUERZO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ORIENTARÁ AL NIÑO HACIA UNA META CLARA.

ENTRE LOS MÉTODOS EXTRAORALES TENEMOS EL ANILLO DE SWINEHART Y EL PROTEJE PULGAR BEBÉ-COMFORT ENREJADO MANTENIDO ALREDEDOR DEL PULGAR, SE BASA EN EL PRINCIPIO DE QUE EL NIÑO NO PUEDE HACER VACÍO

INTRABUCAL AL SUCCIONAR, YA QUE AL TENER RODEADO EL DEDO DEJA SALIR EL AIRE. ACTUALMENTE NO ES RECOMENDABLE LA FLEXIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL DEDO POR MEDIO DE UN SOPORTE DE CARTÓN NI ATAR EL BRAZO -- DEL PACIENTE A LO LARGO DE SU CUERPO; NI ENCERRAR EL BRAZO EN LA CAMISA DE LA PIJAMA DE TAL MODO QUE SE VEA UTILIZADO COMO VERDADERA FUNDA. NI ENGUANTAR LA MANO CON MANOPLAS GRUESAS QUE NO INCLUYAN EL PULGAR. ALGUNOS AUTORES HAN ENCONTRADO REACCIONES VIOLENTAS COMO RESPUESTAS A MÉTODOS COMO LA FIJACIÓN DEL CODO ASÍ COMO TICS MECÁNICOS.

LOS PSIQUIATRAS INFANTILES ENCUENTRAN, QUE LA EFICACIA DE MÉTODOS COERCITIVOS EXTRAORALES E INTRAORALES ES MUY DISCUTIDA YA QUE PUEDEN DAR ORIGEN A UN PROBLEMA MAYOR DE TAL MANERA QUE SU UTILIZACIÓN DEBERÁ HACERSE CON SUMA PRECAUCIÓN, YA QUE SI EL HÁBITO ES RESULTADO DE UNA COMPENSACIÓN EFECTIVA O UNA PRIVACIÓN FÍSICA, UNA TERAPIA DE ESTE TIPO EN UN TERRENO PROPICIO PODRÍA DAR ORIGEN A UNA PSICOSIS.

ÚNICAMENTE CUANDO EL DIAGNÓSTICO CUIDADOSO LO INDIQUE DEBEMOS INTERVENIR EN LA ELIMINACIÓN DEL HÁBITO, YA QUE ÉSTE PUEDE DESECHARSE CON EL DIAGNÓSTICO NORMAL DEL NIÑO. EN BEBÉS QUE DESARROLLAN HÁBITOS DE SUCCIÓN ES RECOMENDABLE QUE LA MADRE PROLONGUE MÁS EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ.

SI EL NIÑO ES FUERTE Y TIENDE A ROMPER EL CHUPÓN HACIENDO QUE LA LECHE FLUYA MÁS RÁPIDAMENTE, SE RECOMIENDA COMPRAR CHUPONES SIN AGUJERO Y HACER UNO, DOS O TRES AGUJEROS CON EL FIN DE QUE EL NIÑO TARDE MÁS EN TERMINARSE LA LECHE. DE ÉSTA MANERA HACEMOS DISMI---

NUIR EL NÚMERO DE FRECUENCIAS EN LA ALIMENTACIÓN, POR LO TANTO, EL--
INSTINTO DE SUCCIÓN.

LOS CHUPONES FISIOLÓGICOS TIENEN POR OBJETO HACER QUE LA SUC---
CIÓN SEA LO MÁS NATURAL POSIBLE DE TAL MANERA QUE LA LENGUA OCUPE UN
LUGAR ADECUADO.

LOS MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN TAMBIÉN FAVORECEN LA EJERCITA---
CIÓN DE LOS MÚSCULOS Y NO SALE LECHE POR SÍ MISMA, SINO QUE REQUIERE
DE LA SUCCIÓN DEL NIÑO. TODA LA ZONA PERIBUCAL PUEDE PONERSE EN --
CONTACTO CON EL CHUPÓN DEL BIBERÓN QUE ESTARÁ TIBIO POR LA LECHE.

EL DESTETE DEBERÁ SER POR LO MENOS HASTA EL PRIMER CUMPLEAÑOS.
SI LA LACTANCIA SE EFECTÚA CON TETILLA ARTIFICIAL FISIOLÓGICAMENTE--
DISEÑADA, EN CONTACTO CON LA MADRE Y AMAMANTAMIENTO NATURAL, LA FRE--
CUENCIA DE HÁBITOS INDESEABLES SE REDUCIRÁ SIGNIFICATIVAMENTE.

DURANTE LA ÉPOCA DE ERUPCIÓN DENTAL Y EN OTROS MOMENTOS PARA SU
PLEMENTAR LOS EJERCICIOS DE LACTANCIA ES RECOMENDABLE EL USO DE CHU-
PONES FISIOLÓGICOS ADECUADOS A LA EDAD DEL NIÑO. GENERALMENTE LOS-
HÁBITOS DE SUCCIÓN Y PROYECCIÓN LINGUAL PUEDEN CONSIDERARSE NORMALES
DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, DESAPARECIENDO POSTERIORMENTE AL FI--
NAL DEL SEGUNDO AÑO ESPONTÁNEAMENTE. DURANTE EL PROCESO DE ERUPCIÓN-
SE PRESENTA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES Y PUEDE HABER DO--
LOR TEMPORAL QUE CEDERÁ EN POCOS DÍAS. SI EL NIÑO SIENTE GRANDES--
MOLESTIAS PUEDE APLICARSE UN ANESTÉSICO TÓPICO 3 6 4 VECES AL DÍA.

SE HA OBSERVADO QUE CUANDO LOS NIÑOS SON SOMETIDOS A UNA CONS--
TANTE VIGILANCIA POR PARTE DE LOS PADRES PARA EVITAR QUE EFECTÚEN --

CUALQUIER HÁBITO LES DAN UNA ARMA PODEROSA, YA QUE ENCUENTRAN UN MECANISMO PARA LLAMAR LA ATENCIÓN.

CUANDO OBSERVAMOS AL NIÑO SUCCIONANDO EL PULGAR PODEMOS QUITAR EL DEDO DE SU BOCA SIN DARLE IMPORTANCIA Y SUSTITUIRLO POR - ALGO MASTICABLE, UN CHUPÓN FISIOLÓGICO DE TAL MANERA QUE SE CANALIZE LA ENERGÍA.

CUANDO EL FACTOR ETIOLÓGICO ES POR INCORRECTA O INSUFICIENTE SALIDA DE ENERGÍA ES RECOMENDABLE PROPORCIONAR AL NIÑO ESCAPES POR MEDIO DEL JUEGO, ACTIVIDADES MANUALES O DEPORTIVAS, DE TAL FORMA QUE TENGA OCUPADO TODO SU TIEMPO, SE MANTENGA DISTRAÍDO Y POCO A POCO SE VAYA DESARRAIGANDO DEL HÁBITO.

POR ÚLTIMO DEBEMOS RECORDAR DE QUE EL EMPLEO DE AYUDAS VISUALES COMO FOTOGRAFÍAS Y MODELOS DE PACIENTES ANTES Y DESPUÉS - DE HABER TENIDO HÁBITOS PUEDE MOSTRARLES LO PERJUDICIAL DE ÉSTA-ACTIVIDAD Y COMO AL IGUAL QUE OTROS PACIENTES, PUEDEN REHABILITARSE.

CAPÍTULO VIII.

APARATOLOGÍA.

LOS APARATOS UTILIZADOS DEBERÁN ESTAR CORRECTAMENTE DISEÑADOS, YA QUE DE NO SER ASÍ, SE MARCARÁ MÁS LA MALOCCLUSIÓN.

LOS INSTRUMENTOS INTRABUCALES PUEDEN SER CLASIFICADOS EN:

A) APARATOS FIJOS.

AQUELLOS QUE SON COLOCADOS EN LA BOCA DEL PACIENTE POR EL DENTISTA PARA PERMANECER AHÍ HASTA QUE ÉL LOS RETIRE.

B) APARATOS RENOVIBLES.

SON AQUELLOS QUE PUEDEN SER RETIRADOS DE LA BOCA TANTO POR EL MISMO PACIENTE COMO POR EL CIRUJANO DENTISTA.

LA DECISIÓN SOBRE QUE TIPO DE APARATO SERÁ UTILIZADO DEBERÁ TOMARLA EL ODONTÓLOGO, TOMANDO EN CUENTA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

INSTRUMENTOS INTRAORALES FIJOS.

A CONTINUACIÓN SE MENCIONARÁN ALGUNOS INSTRUMENTOS INTRAORALES-FIJOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PARA CORREGIR HÁBITOS ORALES NOCIVOS:

1) CRIBA PARA ELIMINAR EL HABITO DE SUCCIÓN.

UNO DE LOS MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA ELIMINACIÓN DE ESTE HÁBITO ES POR MEDIO DE UNA CRIBA FIJA, PUEDE CONSTITUIRSE CON BANDAS ORTODÓNTICAS O CORONAS DE ACERO-CROMO QUE SERÁN FIJADAS EN LOS - SEGUNDOS MOLARES TEMPORALES SUPERIORES O EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES SUPERIORES Y ALAMBRE DE ACERO INOXIDABLE O DE NIQUEL Y CROMO CALIBRE 0.040.

2) CRIBA LINGUAL PARA PROYECCIÓN DE LENGUA.

ESTE APARATO SIRVE PARA ELIMINAR LA DEGLUCIÓN INFANTIL Y LA PROYECCIÓN LINGUAL, YA QUE POR SU CONSTRUCCIÓN NO PERMITE LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA HACIA ADELANTE DURANTE LA DEGLUCIÓN Y TAMBIÉN RECTIFICA LA POSICIÓN LINGUAL PARA QUE EL DORSO DE ELLA SE ACERQUE AL PALADAR Y LA PUNTA CONTACTE CON LA PARTE ANTERIOR DEL PALADAR A NIVEL DE LAS RUGAS PALATINAS DE TAL MODO QUE INDUCE LA FUNCIÓN Y POSITURA DE LA LENGUA DE FORMA MADURA O SONÁTICA. LA MEJOR EDAD --- PARA USAR ESTE APARATO ES ENTRE LOS 5 Y 10 AÑOS.

3) APARATO PARA HÁBITO DE CHUPAR Y MORDERSE LOS LABIOS.

ANTES DE COLOCARSE ESTE APARATO DEBE DISTINGUIRSE SI SE TRATA DE UN PACIENTE CON SOBREMORDIDA HORIZONTAL EXCESIVA O MALOCLUSIÓN CLASE II SUBDIVISIÓN I Y EN ESTE CASO EL LABIO PUEDE ESTAR DESARROLLANDO UNA ACTIVIDAD ANORMAL QUE COMPENSA Y SE ADAPTE A ESTE TIPO DE MORDIDA.

PARA ELABORAR ESTE APARATO SE REQUIERE DEL MISMO MATERIAL QUE PARA LOS OTROS.

APARATOS REMOVIBLES.

DENTRO DE LOS APARATOS REMOVIBLES PARA HÁBITOS ANORMALES TENEMOS LOS SIGUIENTES:

- 1) APARATOS REMOVIBLES PARA HÁBITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA.

LA PANTALLA BUCAL O VESTIBULAR O UNA COMBINACIÓN DE LAS DOS ES UN SISTEMA EFECTIVO PARA EL CONTROL DE LOS HÁBITOS ANORMALES MUSCULARES UTILIZANDO DE IGUAL FORMA LA MUSCULATURA PARA CORREGIR LA MALOCCLUSIÓN EN DESARROLLO.

LA PANTALLA VESTIBULAR SE PUEDE UTILIZAR COMO AUXILIAR PARA LA RETRACCIÓN DE LOS INCISIVOS Y PARA RESTABLECER LA FUNCIÓN NORMAL LABIAL, ASÍ COMO PARA IMPEDIR EL HÁBITO DE SUCCIÓN DEL PULGAR -- SIN EMBARGO, EL SER REMOVIBLE PERMITE QUE EL PACIENTE LO RETIRE DE SU BOCA CUANDO LO DESEE, DE TAL MANERA QUE PARA QUE DE RESULTADO EL TRATAMIENTO, ES NECESARIO LA ABSOLUTA COOPERACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE.

- 2) APARATO REMOVIBLE PARA MORDEDURA DE CARRILLO Y PROYECCIÓN POSTERIOR.

GENERALMENTE EL HÁBITO DE MORDEDURA DE CARRILLO PUEDE OCASIONAR MORDIDA ABIERTA ANTERIOR O MALPOSICIÓN DE ALGUNA PIEZA EN LOS SEGMENTOS BUCALES, AUNQUE ES MÁS FRECUENTE QUE SE PRESENTE LA MORDIDA ABIERTA.

PARA ROMPER ESTE HÁBITO PUEDE UTILIZARSE UNA CRIBA REMOVIBLE,-

O UNA PANTALLA VESTIBULAR BUCAL.

3) TRAMPA CON PUNZÓN.

ESTE APARATO ES UN MODIFICADOR DE HÁBITOS Y CONTIENE UN ALAMBRE AFILADO QUE SE EMPLEA COMO RECORDATORIO PARA IMPEDIR EL HÁBITO.

4) TRAMPA DE RASTRILLO.

ESTE APARATO, AL IGUAL QUE LA TRAMPA DE PUNZÓN PUEDE CONSTRUIRSE COMO APARATO FIJO O REMOVIBLE.

5) PROTECTOR BUCAL PARA EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL.

POR MEDIO DE ESTE APARATO SE FORZA AL NIÑO A RESPIRAR POR LA NARÍZ.

LA RESPIRACIÓN BUCAL, COMO YA HABÍA MENCIONADO PUEDE SER OCASIONADA POR OBSTRUCCIÓN, ANATOMIA O HÁBITO POR LO QUE SU CORRECCIÓN PUEDE SER QUIRÚRGICA, O CORREGIRSE CON EL CRECIMIENTO NORMAL DEL NIÑO.

POR LO GENERAL EL PROTECTOR BUCAL SE UTILIZA EN LA NOCHE DE MANERA QUE EL NIÑO SE VEA OBLIGADO A RESPIRAR POR LA NARÍZ.

CAPÍTULO IX.
TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE HÁBITOS
BUCALES.

1) BRUXISMO.

SE REFIERE AL RECHINIDO O TRITURACIÓN CON LOS DIENTES. SUELE SER UN ACTO SUBCONSCIENTE Y VERSE CUANDO EL NIÑO ESTÁ DESPIERTO- O DORMIDO.

EL BRUXISMO HA SIDO ATRIBUIDO A GRAN VARIEDAD DE FACTORES EN - LOS QUE SE INCLUYEN LOS CONTACTOS DE OCLUSIÓN O MORDIDA QUE IN-- TERFIEREN CON LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA, PROBLEMAS PSICOLÓ GICOS RELACIONADOS CON EL STRESS, HOSTILIDAD, HIPERACTIVIDAD, HE RENCIA, PRURITO ANAL POR OXIUROS Y PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS.

AUNQUE CON LA ESTADÍSTICA ES DIFÍCIL APOYAR TODOS ÉSTOS FACTO RES ETIOLÓGICOS, DIVERSOS AUTORES HAN DEFENDIDO SU VALIDEZ.

DATOS CLÍNICOS.- LOS SIGNOS CLÍNICOS VARÍAN SEGÚN LA INTENSI-- DAD. ES NORMAL UNA CANTIDAD MODERADA DE DESCASTE POR OCLUSIÓN-- EN LOS DIENTES PRIMARIOS.

EL ESMALTE DE ÉSTOS DIENTES ES DELGADO Y EN OCASIONES HAY ZO-- MAS EXTENSAS DE DESCASTE AÚN CON EL USO NORMAL.

EN SOLO UNOS CUANTOS NIÑOS EL BRUXISMO DESGASTARÁ LA TOTALIDAD DEL ESMALTE Y LA DENTINA. POR FORTUNA, ESTO ESTIMULA A LOS ---

ODONTOBLASTOS DE LA PULPA PARA QUE PRODUZCAN DENTINA ADICIONAL. - LA CUAL PROTEGE A LA PULPA. ES MUY RARO QUE LA PULPA QUEDA EX-- PUESTA AL AMBIENTE BUCAL, LO QUE ORIGINARÍA LA FORMACIÓN DE UN -- ABSCESO DENTAL. EL BRUXISMO TAMBIÉN PUEDE OCASIONAR FRACTURAS - DE LOS DIENTES.

EL DESGASTE DESTRUCTOR DE LOS DIENTES PERMANENTES TARDA MÁS YA-- QUE TIENE UNA CAPA MÁS GRUESA DE ESMALTE PROTECTOR. LAS ZONAS-- DE DESGASTE NO SON ESTÉTICAS, POCO DESEABLES DESDE EL PUNTO DE -- VISTA FUNCIONAL Y DIFÍCILES DE RESTAURAR.

SE HAN ASOCIADO AL BRUXISMO LA PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR, EL -- DAÑO PERIODONTAL Y LA DISFUNCIÓN DE LA ATM.

MOLESTIAS EXTRABUCALES POR EL BRUXISMO PUEDEN SER FATIGA DE --- LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y DEL CUELLO, Y MOLESTIAS EN LA AR TICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

TRATAMIENTO.- EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA IDENTIFICACIÓN DE - LA CAUSA SUBYACENTE. ESTO PUEDE SER DIFÍCIL YA QUE ES PROBABLE-- QUE EL NIÑO NO SE PERCATE DE SU HÁBITO. EN OCASIONES, LA ELIMI-- NACIÓN DE LOS PROBLEMAS OCLUSIVOS RESUELVE EL BRUXISMO.

ESTO PUEDE LOGRARSE CON EL REMODELAMIENTO SELECTIVO DE LOS DIENU TES. OTRAS TÉCNICAS INCLUYEN EJERCICIOS BUCALES, PROTECTORES BU CALES DE SUPERFICIE SUAVE Y BIORRETROALIMENTACIÓN, CUANDO LOS FAC TORES PSICOLÓGICOS SON CAUSA IMPORTANTE. EXCEPTO LA BIORRETRO-- ALIMENTACION, ÉSTAS TÉCNICAS HAN TENIDO UTILIDAD LIMITADA.

SI HUBIERAN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS SUBYACENTES, PUEDE SER NECE--

SARIO PROPORCIONAR APOYO EMOCIONAL AL INTENTAR QUITAR EL HÁBITO.- EN AQUELLOS NIÑOS CON ANGUSTIA IMPORTANTE U OTROS PROBLEMAS EMOCIONALES, EL ENVÍO AL PSIQUIATRA PUEDE ESTAR INDICADO.

2) SUCCIÓN DIGITAL.

ES ANORMAL QUE LOS LACTANTES SUCCIONEN SUS DEDOS. SIN EMBARGO EXISTEN OPINIONES CONTRARIAS ACERCA DE A QUE EDAD ESTE HÁBITO SE VUELVE UN SÍNTOMA DE TRASTORNO EMOCIONAL O ES DAÑINO PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS DIENTES Y HUESOS DE LA CARA.

LA SUCCIÓN DE LOS DEDOS ES EL HÁBITO BUCAL MÁS COMÚN. AL IGUAL QUE SUCEDE CON TODOS ÉSTOS HÁBITOS DE PRESENTACIÓN TEMPRANA DISMINUYEN EN FRECUENCIA CUANDO CRECE EL NIÑO.

SE HA ENCONTRADO QUE HASTA EL 95% DE NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS--- SUCCIONAN SUS DEDOS O EL CHUPETE. NANDA Y COLABORADORES ENCONTRARON QUE EL HÁBITO ES MUCHO MÁS FRECUENTE EN LAS MUJERES.

EXISTEN VARIAS TEORÍAS PARA LA ETIOLOGÍA DE LA SUCCIÓN DIGITAL. LA MAYORÍA INICIAN EL HÁBITO DURANTE EL PRIMER AÑO O ANTES DEL -- DESTETE. LA SUCCIÓN DE LOS DEDOS PUEDE SER UN EJERCICIO NATURAL CON EL CUAL LOS LACTANTES SE TRANQUILICEN A SÍ MISMOS, SE PIENSA QUE LA SUCCIÓN PARA EL LACTANTE ES SATISFACTORIA Y LE BRINDA - UNA SENSACIÓN DE BIENESTAR.

UNA TEORÍA UNE A ESTA HÁBITO CON LOS REFLEJOS DE BÚSQUEDA Y DE "POSICIÓN". DESDE EL NACIMIENTO, SE PUEDEN ESTIMULAR ESTOS REFLEJOS CON AROMAS, SABORES, CAMBIOS DE TEMPERATURA Y OTROS ESTÍMULOS. CUANDO ESTÁ DORMIDO, EL LACTANTE PUEDE TOCARSE LA CARA CON

LAS MANOS, LO QUE ORIGINA EL ESTÍMULO QUE LLEVA A LA BÚSQUEDA Y--
ENCUENTRO DE SUS PROPIOS DEDOS.

OTRA TEORÍA RELACIONA EL HÁBITO CON EL PATRÓN ALIMENTICIO QUE -
ESTABLECE LA MADRE. ÉSTA TEORÍA DICE QUE LA SUCCIÓN DIGITAL SE-
PRESENTA CUANDO LA MADRE NO LE HA PERMITIDO EL AMAMANTAMIENTO SU-
FICIENTE QUE SATISFAGA SU NECESIDAD DE SUCCIONAR. ES ASÍ COMO -
EL NIÑO LOGRA SATISFACCIÓN AL SUCCIONAR SUS DEDOS. A AQUELLOS -
A QUIENES SE LES RESTRINGE LA SUCCIÓN, A MENUDO SE LES VE INQUIE-
TOS, IRRITABLES Y EN OCASIONES HASTA APÁTICOS E INDIFERENTES.

LA SUCCIÓN DIGITAL TAMBIÉN SE HA PROPUESTO COMO UN COMPORTAMIEN
TO CON BASE EMOCIONAL RELACIONADA CON EL AJUSTE SOCIAL O EL ----
STRESS.

AUNQUE EN LA LACTANCIA SE CONSIDERA NORMAL LA SUCCIÓN PARA OB--
TENER SATISFACCIÓN PSICOLÓGICA, ASÍ COMO ALIMENTO, CUANDO PERSIS-
TE EN NIÑOS MAYORES SE HA VISTO ACOMPAÑADA DE DESARROLLO PSICOLÓ-
GICO ANORMAL. LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS PUEDEN IR MEZCLADOS CON-
EL IMPACTO EMOCIONAL DE LA PRESIÓN DE LOS COMPAÑEROS Y DE LOS CASE
TIGOS Y REGAÑOS DE LOS PADRES. SIN EMBARGO, DAVIDSON APLICÓ ---
PRUEBAS PSICOLÓGICAS A SUCCIONADORES DE DEDO Y PUDO DEMOSTRAR QUE
NO EXISTÍAN ANORMALIDADES PSICOLÓGICAS CONSTANTES. VIÓ QUE ESTE
HÁBITO ERA APRENDIDO Y NO UN SIGNO DE TRASTORNO EMOCIONAL. EL -
HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL PUEDE EXISTIR SIN QUE TENGA EFECTOS DA-
ÑINOS, SIN EMBARGO, SE HA RELACIONADO A LA MALOCLUSIÓN DE LAS DOS
DENTICIONES CON EL HÁBITO. ÉSTAS MALOCLUSIONES SE CARACTERIZAN-
POR UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, INCISIVOS MAXILARES INTRUÍDOS Y

LUSTROSOS Y MAYOR PROYECCIÓN. OTROS EFECTOS PATOLÓGICOS INCLUYEN MORDIDA CRUZADA DE LOS MOLARES MAXILARES, DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE LA MAXILA, RETRACCIÓN DE LA MANDÍBULA, DEFORMACIÓN LOCALIZADA DEL ARCO ALVEOLAR Y MAYOR PROFUNDIDAD DE LA CÚPULA PALATINA.

TANTO LOS DIENTES COMO EL HUESO DE SOSTÉN PERMANECERÁN EN POSICIÓN INADECUADA MIENTRAS PERSISTA EL HÁBITO.

LA PRESENCIA DE LA SUCCIÓN DIGITAL SE CONFIRMA CON LA HISTORIA-CLÍNICA Y LA EXPLORACIÓN. SE EXPLORAN LAS MANOS Y SE BUSCA ALGUN DEDO QUE ESTÉ DEMASIADO LIMPIO, ROJO Y ARRUGADO Y QUE TENGA UN CALLO, EN OCASIONES, ÉSTE CALLO SE DESCUBRE MÁS FÁCILMENTE CON LA PALPACIÓN QUE CON LA INSPECCIÓN VISUAL.

KLEIN Y FLETCHER PIENSAN QUE ÉSTE HÁBITO ES NORMAL DURANTE LOS DOS Y MEDIO AÑOS. SE VUELVE UN PROBLEMA SOLO HASTA DESPUES DE LOS TRES Y MEDIO AÑOS.

DEBE PLANEARSE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CUALQUIER PROBLEMA PSICOLÓGICO QUE EXISTIERA ANTES DE TRATAR CUALQUIER PROBLEMA POTENCIAL O PRESENTE DE LA DENTADURA. SON IMPORTANTES LA FRECUENCIA, DURACIÓN, INTENSIDAD DEL HÁBITO BUCAL PARA EVALUAR EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL CHICO.

TRATAMIENTO.- LA MANERA DE PENSAR EL TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL DEBE IR DIRECTAMENTE HACIA EL CHICO. EL PRIMER INGREDIENTE QUE SE NECESITA PARA AYUDARLOS A QUE SUSPENDAN LA SUCCIÓN ES QUE EL NIÑO QUIERA HACERLO. UNA VEZ QUE ESTO SE LOGRA, EL REFORZAMIENTO POSITIVO Y LOS RECORDATORIOS AMISTOSOS SON-

EL MEJOR TRATAMIENTO POSIBLE. UNA LLAMADA TELEFÓNICA PUEDE AYUDARLO MUCHO YA QUE SE LE ESTÁ DEMOSTRANDO QUE UNO SE PREOCUPA --- POR ÉL. LOS PADRES DEBERÁN COMPAÑEROS SILENCIOSOS.

ES IMPORTANTE QUE EL PEQUEÑO SE DE CUENTA QUE USTED NO INTENTA AVERGONZARLO NI CRITICARLO, SINO OFRECERLE SU AYUDA PARA ENFREN--TARSE A ESTE HÁBITO TAN DIFÍCIL. ANTERIORMENTE, ES PROBABLE QUE EL NIÑO HAYA RECIBIDO MUCHA ATENCIÓN A TRAVÉS DE REGAÑOS, AMENAZAS Y RIDICULIZACIONES. TANTO LOS PADRES COMO OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA TOMAN PARTE EN ESTE TIPO DE REFORZAMIENTO NEGATIVO. ÉSTA ÚLTIMA ACTITUD SOLO HARA QUE SE HAGA MÁS PROFUNDO EL HÁBITO.

AL NIÑO SE LE PUEDEN SUGERIR UNA SERIE DE RECORDATORIOS, DEBEN--DE ESTAR BAJO EL CONTROL DEL CHICO Y DEBERÁN SER UTILIZADOS SOLO--CON SU CONSENTIMIENTO. COSAS COMO LAS CINTAS ADHESIVAS, BRILLOS PARA LAS UÑAS O SUBSTANCIAS CON SABOR PUEDEN COLOCARSE EN EL DEDO PULGAR O EN LOS DEMÁS PARA RECORDARLE AL CHICO QUE DEBE RETIRAR - EL DEDO DE SU BOCA. SI EL HÁBITO ES NOCTURNO SE PUEDE COLOCAR--ALGUNA RESTRICCIÓN EN LA MANO O BRAZO PARA EVITAR QUE EL DEDO LLE--GUE A LA BOCA. SIN EMBARGO, TODO ESTO DEBE DE ESTAR BAJO EL CONTROL DEL NIÑO Y DEBE SER UTILIZADO SOLO CON SU PERMISO.

SÍ ÉSTAS MEDIDAS PROBARÁN SER INSUFICIENTES, EL DENTISTA DEBERÁ CONSTRUIR UNA VARIEDAD DE APARATOS INTRABUCALES FIJOS O REMOVI---BLES PARA TRATAR EL HÁBITO, ÉSTOS DISPOSITIVOS DENTALES NO SON --APARATOS DE CASTIGO. DURANTE EL TIEMPO DEL TRATAMIENTO, EL EQUI--PO MÉDICO Y LOS PADRES DEBEN PROPORCIONARLE TODO EL APOYO EMOCIO--NAL QUE SEA POSIBLE.

LOS APARATOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE SUCCIÓN DIGITAL --
 PUEDEN SER LOS SIGUIENTES:

- 1.- PROTECTOR DE HULE RÍGIDO EN EL PULGAR.
- 2.- PLACA REMOVIBLE DE ACRÍLICO CON ARCO TIPO HOWLEY.
- 3.- ARCO PALATINO CON VENTANA.
- 4.- TRAMPA CON PUNZÓN.
- 5.- ARCO PALATINO CON PICOS.

3) SUCCIÓN DEL CHUPETE.

LAS NECESIDADES DE SUCCIÓN DEL LACTANTE DIFIEREN DE UN NIÑO A--
 OTRO. ALGUNOS NECESITAN SUCCIÓN NUTRITIVA Y NO NUTRITIVA A IN--
 TERVALOS MUY FRECUENTES, MIENTRAS QUE OTROS TIENEN UNA RESPUESTA-
 DE SUCCIÓN MUY POCO FRECUENTE. PARA LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA, --
 LOS CHUPETES SON ÚTILES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE SUC--
 CIÓN DEL LACTANTE.

ADENÁS, LOS CHUPETES SE HAN EMPLEADO PARA RETRASAR EL MOMENTO--
 DE COMER CUANDO LA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN O AL SENO MATERNO SE-
 RÍAN INADECUADAS O INCONVENIENTES.

AUNQUE LOS NIÑOS QUE TIENEN EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL NO ---
 ACEPTAN CON MUCHA FACILIDAD UN CHUPETE COMO SUBSTITUTO. LARSON SE
ÑALA QUE LOS ESTÍMULOS PARA LOS DOS HÁBITOS SON PARECIDOS. TAM-
 BIÉN SE HA DEMOSTRADO QUE LA ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO, EN OPO
SICIÓN AL BIBERÓN, NO ES UN FACTOR PARA LA ACEPTACIÓN DEL CHUPETE

BOWDEN OBSERVÓ QUE TODOS LOS NIÑOS SUSPENDÍAN EL CHUPETE A LOS TRES AÑOS.

LOS HÁBITOS DEL CHUPETE Y DE LA SUCCIÓN DIGITAL PUEDEN OCASIONAR PROBLEMAS DENTALES MUY PARECIDOS. AMBOS SE HAN RELACIONADO CON ESTRECHAMIENTO ANORMAL DEL ARCO MAXILAR Y MORDIDA CRUZADA POSTERIOR EN LOS MOLARES PRIMARIOS. SVEDMEYER ACONSEJÁ QUE NO SE CONTINÚE CON EL CHUPETE DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE VIDA. OBSERVÓ MORDIDAS CRUZADAS CON UNA FRECUENCIA TRES VECES MAYOR CON EL CHUPETE QUE CON LA SUCCIÓN DIGITAL. EN GENERAL LOS PROBLEMAS DENTALES QUE CAUSAN LOS CHUPETES SUELEN SER MÍNIMOS, PERO PUEDEN OCASIONAR MAYOR PROYECCIÓN O MAYOR DISTANCIA HORIZONTAL ENTRE LOS INCISIVOS MAXILARES Y MANDIBULARES. ÉSTAS MALOCCLUSIONES SE CONSIDERAN TEMPORALES Y EN GENERAL SE CORRIGEN POR SÍ MISMAS DESPUÉS DE HABER SUSPENDIDO EL HABITO.

LOS CHUPETES SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN VARIAS FORMAS. SE HA DISEÑADO UN MODELO ANCHO Y PLANO QUE SE PARECE AL PEZÓN NATURAL CUANDO SE SUCCIONA. SE SUPONE QUE ESTE DISEÑO ES UNA FORMA MÁS FISIOLÓGICA QUE OCASIONA MENOS PROBLEMAS DENTALES. SE HA RECOMENDADO PARA EVITAR QUE SE FORME UNA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR, PARA AYUDAR A MANTENER UNA ANCHURA ADECUADA DEL ARCO MAXILAR Y PARA DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE QUE APAREZCAN OTROS HÁBITOS BUCALES COMO SERÍA EL CHASQUIDO DE LA LENGUA.

EL PROTECTOR GRANDE Y DURO DEL CHUPETE PREVIENE QUE SEA DEGLUTIDO Y QUE OCASIONE ASFIXIA. SIN EMBARGO, SE HA INFORMADO ESTRANGULACIÓN POR EL CORDÓN QUE ESTÁ ATADO AL CHUPETE Y QUE SE COLOCA-

ALREDEDOR DEL CUELLO DEL NIÑO. EL EJERCITADOR ORTODÓNTICO NUK-- VIENE EMPACADO CON LA SIGUIENTE ETIQUETA: PRECAUCIÓN: NO COLOCARLO ALREDEDOR DEL CUERPO DEL NIÑO YA QUE TIENE EL PELIGRO DE ES--- TRANGULACIÓN. EN EL COMERCIO EXISTEN OTRAS MARCAS DE CHUPETES,- CADA UNA CON PEZONES TUBULARES DE DIÁMETROS DIFERENTES. UNA VEZ QUE EL BEBÉ SE ACOSTUMBRA A UNO DE ELLOS, ES PROBABLE QUE RECHACE OTROS DE DIFERENTES FORMAS.

SE HA USADO UN CHUPETE ANCHO Y PLANO PARA CORREGIR LA MORDIDA - CRUZADA POSTERIOR Y PARA EJERCICIOS EN CASOS DE MORDIDA ABIERTA,- ANTERIOR EN NIÑOS DE CUATRO A CINCO AÑOS. ADEMÁS, EL EJERCITA-- DOR NUK SAUGER SE HA UTILIZADO PARA ELIMINAR EL CHASQUIDO DE LENGUA Y LA SUCCIÓN DIGITAL.

UNA VENTAJA DEL CHUPETE ES QUE LOS PADRES PUEDEN RETIRARLO ---- CUANDO QUIERAN SUSPENDER SU USO. SIN EMBARGO, EL TRATAMIENTO DE PENDE DEL CONVENCIMIENTO DE LOS PADRES, DE QUE DEBEN TAN SOLO DES HACERSE DE EL PARA QUE EL LACTANTE YA NO PUEDA CONTAR CON SU CHUPETE.

4) MORDEDURA DE UÑAS.

LA MORDEDURA DE UÑAS PUEDE SER UN HÁBITO VERGONZOSO, POCO ATRAC TIVO Y HASTA DOLOROSO. PUEDE SER UN SÍNTOMA DE TENSIÓN EMOCIO-- MAL O DE MUCHA ANGUSTIA. AL EVALUAR LA GRAVEDAD SE DEBE TOMAR-- EN CUENTA LA EDAD Y ESTADO EMOCIONAL DEL NIÑO ASÍ COMO LA INTEN-- SIDAD Y FRECUENCIA DEL HÁBITO.

LA DETERMINACIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA CUAL SE PRESENTA LA MOR

DEDURA DE LA UÑA PUEDE AYUDAR A DESCUBRIR EL ESTÍMULO QUE PRODUCE LA ANGUSTIA. EL TRATAMIENTO DEBE DE ESTAR ENCAMINADO A ALIVIAR LAS PRESIONES QUE OCASIONAN ANGUSTIA AL NIÑO. LA PRESIÓN PUEDE ESTAR IMPUESTA POR ÉL MISMO O POR LOS COMPAÑEROS, MAESTROS O PADRES PARA QUIENES EL HÁBITO ES FUENTE DE IRRITACIÓN. LOS PADRES QUE TIENEN ESPERANZAS POCO REALISTAS PARA SU HIJO EN LA ESCUELA, EN COMPETENCIAS ATLÉTICAS O EN LAS LABORES DEL HOGAR, PUEDEN PRODUCIR UN AMBIENTE LLENO DE STRESS.

LA ANGUSTIA QUE OCASIONA LA MORDEDURA DE UÑAS PUEDE DESAPARECER ANTES QUE EL HÁBITO. EL ACERCAMIENTO POSITIVO RENUOVA LA AUTO--CONFIANZA Y ACELERA LA TERMINACIÓN DEL HÁBITO.

LA AUTOVIGILANCIA HA DEMOSTRADO SER MUY EFICAZ, SOBRE TODO EN --LOS ADULTOS JÓVENES.

EL REFORZAMIENTO NEGATIVO PUEDE SUPRIMIR, PERO NO ES EFICAZ PARA DETENER EL HÁBITO. LOS REGAÑOS O CASTIGOS SOLO RETRASAN POR UN TIEMPO EL HÁBITO. LOS PADRES QUE CORRIGEN Y REGAÑAN, A MENU--DO AUMENTAN LA TENSIÓN DE SU HIJO Y SU NECESIDAD DE LIBERAR ANGUSTIA CON LA MORDEDURA DE UÑAS.

LOS DISPOSITIVOS DE RESTRICCIÓN O LAS SUBSTANCIAS AMARGAS APLICADAS EN LAS UÑAS HAN TENIDO BENEFICIOS LIMITADOS. A ALGUNOS NIÑOS LLEGA A AGRADARLES EL SABOR DE ESAS SUBSTANCIAS. OTROS EM--PIEZAN A MORDER OTRAS PARTES DE LAS UÑAS. NO SE RECOMIENDAN LOS SOBORNOS, RAZONAMIENTOS NI TRANQUILIZANTES.

CUALQUIERA QUE SEA LA CAUSA DE LA MORDEDURA DE UÑAS, LA REAC---

CIÓN NEGATIVA POR PARTE DE LOS PADRES SOLO AUMENTARÁ LA PRESIÓN- Y ANGUSTIA QUE ABRUMAN AL NIÑO. EL ALIENTO Y LA COMPRENSIÓN -- SON FUERZAS POSITIVAS QUE ALIVIARÁN LA ANGUSTIA Y RELAJARÁN LA - LA PRESIÓN. UN ACERCAMIENTO POSITIVO ES UN PASO HACIA LA ELIMI NACIÓN DE LA NECESIDAD DE ESTA INDESEABLE LIBERACIÓN EMOCIONAL.

5) HÁBITOS LABIALES.

LA ANATOMÍA Y FUNCIÓN NORMAL DE LOS LABIOS SON MUY IMPORTANTES PARA HABLAR, COMER Y MANTENER UNA OCLUSIÓN BALANCEADA. ADEMÁS, LOS LABIOS SIRVEN PARA PROTEGER Y CONTENER LOS DIENTES ANTERIO-- RES. CUANDO LOS MÚSCULOS PERIBUCALES FUNCIONAN BIEN, PROPORCIO NAN UNA FUERZA DE BALANCE CONTRA LOS DIENTES ANTERIORES Y CUANDO ESTÁN EN REPOSO SE LES VERÁ RELAJADOS Y CON UNA LIGERA ABERTURA. AL MASTICAR, LOS LABIOS ESTÁN ACTIVOS, PERO DURANTE LA DEGLUCIÓN DEBERÁN ESTAR RELAJADOS Y SIN MOVERSE.

EXISTEN DOS HÁBITOS LABIALES MAYORES. SON AQUELLOS QUE PARTI CIPAN EN LA LAMIDA, SUCCIÓN O MORDIDA. EL SEGUNDO TIPO INCLUYE A LA COMPRESIÓN EN CUÑA CON FUERZA ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES- E INFERIORES. VARÍA MUCHO LA IMPORTANCIA CLÍNICA QUE TIENE CA- DA UNO DE ÉSTOS HÁBITOS.

LA HUMEDAD Y MORDEDURA DE LOS LABIOS PUEDEN AFECTAR A AMBOS, - PERO CON FRECUENCIA PARTICIPA MÁS EL INFERIOR. LOS SIGNOS DE - ESTE HÁBITO INCLUYEN ZONAS DE IRRITACIÓN Y EROSIÓN POR ARRIBA Y- ABAJO DEL BORDE BERMELLÓN DE LOS LABIOS. POR FORTUNA, ESTE TI- PO DE HÁBITO LABIAL NO SUELE CONTRIBUIR MUCHO A LA MALOCCLUSIÓN.

LA COMPRESIÓN FORZADA EN CUÑA DE LOS LABIOS ENTRE LOS DIENTES-- SUPERIORES E INFERIORES TIENE UN CUADRO CLÍNICO DISTINTO Y CONSECUENCIAS QUE EN POTENCIA SON MÁS SERIAS. ÉSTE SE CONOCE COMO HÁBITO MENTONIANO. EL MÚSCULO MENTONIANO SE ORIGINA EN LA SUPERFICIE ANTERIOR DE LA MANDÍBULA, ENTRE EL MENTÓN Y LAS RAÍCES DE LOS INCISIVOS, Y SE INSERTE EN EL TEJIDO BLANDO DE LA BARBILLA. ESTE MÚSCULO ORIGINA LA ELEVACIÓN DEL LABIO INFERIOR. ÉSTA ACCIÓN HARÁ QUE LA PIEL DEL MENTÓN SE VEA FRUNCIDA, EL HÁBITO MENTONIANO PARECE SER QUE SE PRESENTA MÁS EN NIÑOS CON INCISIVOS SUPERIORES- PROMINENTES. UNA PROYECCIÓN IMPORTANTE (DISTANCIA HORIZONTAL ENTRE LOS INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES) PARECE QUE INVITA AL HÁBITO MENTONIANO. ADEMÁS DE LA MALOCLUSIÓN, LOS INCISIVOS PROMINENTES (SUPERIORES) SON MÁS SUSCEPTIBLES A PADECER TRAUMATISMOS YA QUE NO ESTÁN PROTEGIDOS POR LOS LABIOS. CUANDO SE TRATA DE LAMIDAS O SUCCIÓN LIGERA DE LOS LABIOS, EL DAÑO SE LIMITA A LA APARICIÓN DE GRIETAS O RESEQUEDAD DE LOS LABIOS Y DE LA PIEL QUE LOS RODEA. A MENUDO ESTO MEJORA CON CREMAS FACIALES U OTRAS SUBSTANCIAS LUBRICANTES. SI EL HÁBITO ESTÁ OCASIONANDO MALOCLUSIÓN, PUEDE SER NECESARIO UN TRATAMIENTO MÁS DEFINITIVO.

PUEDEN USARSE DISPOSITIVOS INTRABUCALES PARA EVITAR LA COMPRESIÓN DE LOS LABIOS ENTRE LOS DIENTES. SIN EMBARGO, EN MUCHOS CASOS, ÉSTOS APARATOS POR SÍ SOLOS NO PERMITIRÁN LA CORRECCIÓN DE LA MALOCLUSIÓN. OTRAS ALTERNATIVAS SE BASAN EN LA SUPOSICIÓN DE QUE EL HÁBITO MENTONIANO SE PRESENTA CUANDO HAY UNA PROYECCIÓN EXCESIVA PREEXISTENTE. CUANDO SE CORRIGE LA MALOCLUSIÓN CON ORTODONCIA

Y DISMINUYE LA PROYECCIÓN, PUEDE DESAPARECER EL HÁBITO.

LA IMPORTANCIA QUE TIENE ESTE HÁBITO ES QUE NO SE CORRIGE POR SÍ SOLO, YA QUE SE AGRAVA CON LA EDAD POR LAS FUERZAS MUSCULARES. PARA CORREGIR ÉSTE TIPO DE HÁBITO, ES NECESARIO IMPEDIR QUE SE REALICE; POR LO TANTO LOS APARATOS USADOS SERAN MÁS QUE UN APARATO ACTIVO, UN ESTORBO O IMPEDIMENTO, SI EL HÁBITO SE ACOMPAÑA DE SUCCIÓN DIGITAL, PRIMERO SE ATIENDE ESTE ÚLTIMO.

LOS APARATOS QUE SE UTILIZAN EN ESTE TIPO DE HÁBITO SON:

- 1.- BOMPER FIJO.
- 2.- BOMPER REMOVIBLE.

6) RESPIRACIÓN POR LA BOCA.

LA RESPIRACION EXCLUSIVA POR LA BOCA ES POCO FRECUENTE TANTO EN NIÑOS COMO EN ADULTOS. NO OBSTANTE, EN OCASIONES LOS NIÑOS FACILITAN QUE LA RESPIRACIÓN SEA MÁS BIEN POR LA BOCA QUE POR LA NARÍZ. EXISTEN VARIAS VENTAJAS AL RESPIRAR CON LA NARÍZ. NO SOLO SE CALIENTA, LIMPIA Y HUMIDIFICA EL AIRE CUANDO PASA POR LAS NARINAS, SINO QUE LOS LABIOS, CUANDO ESTÁN CERRADOS, EJERCEN UNA FUERZA DE EQUILIBRIO CONTRA LOS INCISIVOS.

MUCHOS FACTORES AFECTAN LA CAPACIDAD DEL NIÑO PARA QUE RESPIRE POR LA NARÍZ. FACTORES CONTRIBUYENTES COMO LA HIPERTROFIA DE ADENOIDES Y LAS ALERCIAS, PUEDEN DISMINUIR LA MADURACIÓN O AMERITAR INTERVENCIÓN MÉDICA. LOS PÓLIPOS NASALES O LOS DEFECTOS DEL TABIQUE PUEDEN OCASIONAR PROBLEMAS DE RESPIRACIÓN, AUNQUE ÉS

TOS SON MÁS FRECUENTES EN LOS ADULTOS.

LA FACIES ADENOIDEA ES UN TÉRMINO QUE SE USA PARA DESCRIBIR A UN TIPO DE FORMA FACIAL QUE A MENUDO SE ACOMPAÑA DE RESPIRACIÓN POR LA BOCA. ÉSTA CONFIGURACIÓN FACIAL SE CARACTERIZA POR UNA CARA LARGA Y ESTRECHA; ESTRECHAMIENTO DE LA NARÍZ Y NARINAS; Y FLACCIDEZ DE LABIOS. A MENUDO, EL LABIO SUPERIOR ES CORTO Y LA CARA PARECE NO TENER EXPRESIÓN.

LA RESPIRACIÓN POR LA BOCA PUEDE OCASIONAR RESEQUEZADA EXCESIVA DE LOS DIENTES Y ENCÍAS Y PRODUCIR UN DESEQUILIBRIO ENTRE LAS FUERZAS CONTRA LA OCLUSIÓN. EL EFECTO XEROSTÓMICO SUELE LIMITARSE A LAS ZONAS ANTERIORES DE LA MAXILA Y MANDIBULA. ESTA SEQUEZADA AUMENTA LA SUSCEPTIBILIDAD DE LA ENCÍA A LA INFLAMACIÓN CRÓNICA Y A LOS DIENTES A PRESENTAR CARIES.

DURANTE LA RESPIRACIÓN FISIOLÓGICA POR NARÍZ, LA OCLUSIÓN ESTÁ EN EQUILIBRIO ENTRE LA LENGUA, LABIOS Y MEJILLAS. SIN EMBARGO, CUANDO SE RESPIRA POR LA BOCA, LA LENGUA CAE AL PISO DE LA BOCA, SE ESTIRAN LAS MEJILLAS UN POCO MÁS Y LOS LABIOS SE VUELVEN FLACIDOS. LA MALA DISTRIBUCIÓN DE LAS FUERZAS DEL TEJIDO BLANDO A MENUDO SE ACOMPAÑA DE UNA MALOCLUSIÓN QUE SE CARACTERIZA POR ESTRECHAMIENTO DEL ARCO MAXILAR Y DEL PALADAR. TAMBIÉN HAY BRILLANTEZ DE LOS INCISIVOS Y DISMINUCIÓN DE LA SOBREPOSICIÓN VERTICAL DE LOS DIENTES ANTERIORES.

SI YA SE PRESENTÓ ÉSTA MALOCLUSIÓN POR RESPIRACIÓN BUCAL, SUELE NECESITARSE ORTODONCIA AÚN CUANDO SE HAYA ELIMINADO EL HÁBITO.

LA SUSPENSIÓN DEL HÁBITO DE RESPIRAR POR LA BOCA NECESITA UN ESFUERZO PARA ELIMINAR LOS DIVERSOS FACTORES CAUSANTES. ESTO PUEDE AMERITAR LA AYUDA DE UN OTORRINOLARINGÓLOGO Y DE UN ALERGÓLOGO ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN DE OTROS ESPECIALISTAS. SI PERSISTE LA RESPIRACIÓN POR LA BOCA A PESAR DE TENER UNA VÍA NASAL PERMEABLE, ES POSIBLE ELIMINAR EL HÁBITO CON UN PROGRAMA DE REFORZAMIENTO POSITIVO Y AUTODISCIPLINA, O CON EL EMPLEO DE UN PROTECTOR BUCAL BAJO LOS LABIOS.

ESTO SE LOGRA POR LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PANTALLA BUCAL, QUE -- BLOQUEE EL PASO DEL AIRE POR LA BOCA Y FUERCE LA INHALACIÓN Y EXHALACIÓN DEL AIRE A TRAVÉS DE LOS ORIFICIOS NASALES. ADEMÁS ESTE APARATO AYUDARA A CORREGIR LA MORDIDA ABIERTA, POR EL AUMENTO DE LA TENSIÓN DE LOS MÚSCULOS PERIORALES. ESTE APARATO SE COLOCA -- NORMALMENTE EN LA NOCHE, PERO SE PUEDE INSERTAR DURANTE EL DÍA.

7) PROYECCIÓN DE LENGUA.

ES LA COLOCACIÓN DE LA MISMA ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES Y CONTRA EL LABIO INFERIOR AL DEGLUTIR. EN REPOSO LA LENGUA PERMANECE ADELANTE Y LA BOCA ABIERTA EN HISAGRA. ESTE PATRÓN DE DEGLUCIÓN SE HA MENCIONADO COMO PROYECCIÓN DE LENGUA, DEGLUCIÓN CON -- PROYECCIÓN DE LA LENGUA, DEGLUCIÓN VISCERAL, DEGLUCIÓN INFANTIL, -- DEGLUCIÓN REVERTIDA, DEGLUCIÓN DESVIADA Y SÍNDROME DEL CHASQUIDO -- DE LA LENGUA.

LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA ES MÁS FRECUENTE ENTRE LOS 5 Y 7 -- AÑOS O DESPUÉS DE LA CAÍDA DE LOS INCISIVOS PRIMARIOS Y ANTES DE-

LA APARICIÓN DE LOS PERMANENTES. EN ÉSTA ETAPA, LAS AMÍGDALAS Y LOS ADENOIDES ESTÁN CRECIENDO A SU MÁXIMA VELOCIDAD. ÉSTAS GRANDES MASAS DE TEJIDO LINFOIDE SE APODERAN DE LAS VÍAS AÉREAS Y DESPLAZAN A LA LENGUA HACIA ADELANTE Y ABAJO. EL TEJIDO DE CICATRIZACIÓN POR AMIGDALECTOMÍA O ADENOIDECTOMÍA TAMBIÉN PUEDE DISMINUIR LAS VÍAS AÉREAS. ENTRE LOS 8 Y 9 AÑOS, UNA DEGLUCIÓN CON PROYECCIÓN DE LENGUA, POR LO GENERAL, EVOLUCIONA HACIA EL PATRÓN-ADULTO.

EL CRECIMIENTO MANDIBULAR ACELERADO Y LA DISMINUCIÓN FISIOLÓGICA DEL TEJIDO LINFÁTICO SON DOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A SU MADURACIÓN. PARA LA PUEBTAD, EL TAMAÑO REDUCIDO DE TEJIDO LINFÁTICO FACILITA UNA POSICIÓN DE REPOSO TODAVÍA MÁS POSTERIOR DE LA LENGUA. LOS ADULTOS TIENEN LA MENOR FRECUENCIA DE PROYECCIÓN DE LA LENGUA, QUIZÁS POR LA DISMINUCIÓN DE LA MASA LINFÁTICA Y LA TERMINACIÓN DE CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA. LA FORMA ANATÓMICA DE LAS ESTRUCTURAS BUCALES EN LAS DIFERENTES EDADES PARECE QUE SE CORRELACIONAN MEJOR CON LA POSICIÓN Y FUNCIÓN DE LA LENGUA. SIN EMBARGO, EL HECHO DE QUE AL LACTANTE SE LE ALIMENTE AL SENO MATERNO O CON BIBERÓN O SE LE CAMBIE A ALIMENTOS SÓLIDOS, NO SE CORRELACIONA MUCHO CON LA PREVALENCIA DE LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA. LA FORMA ANATÓMICA DE LA CAVIDAD BUCAL PARECE QUE ES MÁS IMPORTANTE QUE LA FUNCIÓN DE LA LENGUA DURANTE LA DEGLUCIÓN CON PROYECCIÓN DE LA LENGUA. LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA SE DIAGNOSTICA CON LA OBSERVACIÓN DEL MOVIMIENTO DE LA LENGUA AL DEGLUTIR. SE LE FIDE AL NIÑO QUE DEGLUTA MIENTRAS SE LE RETRAE EL LABIO INFERIOR. SI HAY PROYECCIÓN, LA LENGUA QUEDARÁ ENTRE LOS DIENTES HA

CIENDO UN SELLO ANTERIOR. TAMBIÉN PUEDE OBSERVARSE UNA GESTICULACIÓN FACIAL POR EL FRUNCIMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA CARA. PAPA CORROBORAR LOS MOVIMIENTOS DE LA LENGUA AL DEGLUTIR, SE PALPAN LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN. DURANTE LA DEGLUCIÓN CON -- PROYECCIÓN, EL MASETERO Y EL TEMPORAL PERMANECEN PASIVOS MIENTRAS QUE LOS DIENTES POSTERIORES NO OCLUYEN. ÉSTOS MÚSCULOS SE TEN-- SAN DURANTE LA DEGLUCIÓN NORMAL.

LAS INVESTIGACIONES HAN DEMOSTRADO QUE LA PROYECCIÓN DE LENGUA-- SUELE CORREGIRSE POR SÍ MISMO A LOS 8 ó 9 AÑOS O PARA EL MOMENTO-- EN QUE SALEN POR COMPLETO LOS DIENTES ANTERIORES PERMANENTES. LA AUTOCORRECCIÓN SE VE POR MEJORÍA DEL EQUILIBRIO MUSCULAR AL DE GLUTIR, O SEA QUE DURANTE LA DEGLUCIÓN MADURA LA LENGUA PERMANECE DENTRO DE LOS ARCOS ALVEOLARES DENTARIOS Y NO DESPLAZA A LOS DIEN-- TES.

PUEDEN FABRICARSE APARATOS DENTALES FIJOS Y REMOVIBLES PARA REE-- TRINGIR EL MOVIMIENTO ANTERIOR DE LA LENGUA AL DEGLUTIR PARA ---- RETRAERLA HASTA UNA POSICIÓN MÁS POSTERIOR Y SUPERIOR EN LA CAVI-- DAD BUCAL. ÉSTA POSICIÓN DE LA LENGUA FACILITA LA ARTICULACIÓN-- DE LAS PALABRAS Y LA ALINEACIÓN NORMAL DE LOS DIENTES. NO SE HA DEMOSTRADO EN LA CLÍNICA LA UTILIDAD DE ÉSTOS DISPOSITIVOS, POR - LO QUE ÉSTE TRATAMIENTO NO ESTÁ INDICADO ANTES DE LOS 8 AÑOS. NO SE RECOMIENDA EL TRATAMIENTO DE PROYECCIÓN DE LA LENGUA SI NO-- SE ACOMPAÑA DE MALOCCLUSIÓN O DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE. EL TRA-- TAMIENTO CON ORTODONCIA POR LO GENERAL ES MÁS ÚTIL SI SE INICIA - DURANTE LA ETAPA DE DENTICIÓN MIXTA O ENTRE LOS 9 Y 11 AÑOS.

EN LOS CASOS DE LA PROYECCIÓN DE LENGUA Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE, SE NECESITARÁ TRATAMIENTO DEL LENGUAJE EN LA ETAPA ESCOLAR - PRIMARIA.

EL CRECIMIENTO MANDIBULAR NORMAL Y LA DISMINUCIÓN SIMULTÁNEA - DEL TAMAÑO DE LA MASA LINFÁTICA FARÍNGEA PUEDE MEJORAR EL LENGUAJE POR MENOR DESPLAZAMIENTO ANTERIOR Y MAYOR ESPACIO PARA ACOMODAR LA LENGUA DURANTE LA ARTICULACIÓN DE LAS PALABRAS.

SI LA PROYECCIÓN DE LA LENGUA SE ACOMPAÑA DE MALOCCLUSIÓN Y --- TRASTORNOS DEL LENGUAJE, SE NECESITARÁ TRATAMIENTO DE LENGUAJE Y ORTODONCIA.

EXISTEN EJERCICIOS PARA LA POSICIÓN DE LA LENGUA QUE SE UTILIZAN EN EL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL. SIN EMBARGO, EL BENEFICIO DE ESTE TRATAMIENTO ES DUDOSO. ES TEMA DE CONTROVERSIA EL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL, YA QUE LOS DATOS Y COMPROBACIONES DE CA--SOS SON INSUFICIENTES PARA DEMOSTRAR SU INDICACIÓN Y EFICACIA.

TODAVÍA SE NECESITA MUCHO ESTUDIO PARA ESTABLECER LA NECESIDAD DE UN MÉTODO MÁS EFECTIVO DE TRATAMIENTO PARA EL HÁBITO DE PRO--YECCIÓN DE LA LENGUA.

CONCLUSIONES

LOS HÁBITOS BUCALES ES UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN CON FRECUENCIA EN LOS NIÑOS, ESTO PUEDE SER PRODUCTO TANTO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS COMO BIOLÓGICOS Y SE DEBEN CORRIGIR TOMANDO EN CUENTA SU ETIOLOGÍA, BUSCANDO LO MÁS ADECUADO A CADA CASO DE TAL MANERA EN QUE SE AYUDE EFECTIVAMENTE A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL PACIENTE.

LOS EFECTOS DE LOS HÁBITOS BUCALES PUEDEN PRODUCIR DESDE PEQUEÑAS MALOCLUSIONES HASTA GRANDES DEFORMACIONES DE LA CARA QUE SE VEN EN LA RESPIRACIÓN POR LA BOCA O EN LA SUCCIÓN DIGITAL. EL DESEQUILIBRIO MUSCULAR QUE OCASIONAN ESTOS HÁBITOS DURANTE EL PERÍODO DE CRECIMIENTO DE LA CARA Y DURANTE LA ERUPCIÓN DE AMBAS DENTICIONES SE HA DEMOSTRADO QUE PRODUCE MAL DESARROLLO FACIAL, MALOCLUSIÓN DENTAL Y TRASTORNOS DE LENGUAJE.

ES IMPORTANTE REALIZAR UN ESTUDIO CUIDADOSO DEL PROBLEMA -- PARA CONOCER LA ETIOLOGÍA, YA QUE ÉSTOS PUEDEN SER SÍNTOMAS DE TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, FISIOLÓGICOS O PSICOLÓGICOS Y SE PUEDE LLEGAR A CAER EN UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MAL DIRIGIDO E INCLUSO CONTRAPRODUCENTE SI NO SE HACE UN EXAUSTIVO ANÁLISIS DEL PROBLEMA.

SE HAN LLEGADO A MENCIONAR DIVERSOS TIPOS DE TRATAMIENTOS, ENTRE LOS CUALES DEBE ESCOGERSE EL ADECUADO A CADA CASO; DEBENOS CONSIDERAR DE UNA MANERA IMPORTANTE QUE EXISTEN VENTAJAS EN COM-

BINAR VARIOS MÉTODOS, YA QUE NOS BRINDA LA OPORTUNIDAD DE TRATAR UN CASO DESDE VARIOS PUNTOS DE VISTA Y CON MAYORES PROBABILIDADES DE ÉXITO.

ES DE GRAN IMPORTANCIA CONTAR CON LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE PARA LA ELIMINACIÓN DE DICHO HÁBITO. EN DADO CASO DE QUE EL PACIENTE NO QUIERA COOPERAR NI PONER LO MAS MÍNIMO DE SU PARTE - NINGÚN TRATAMIENTO DARÁ UN RESULTADO FAVORABLE.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- COHEN LAWRENCE
MEDICINA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MÉXICO, 1980
239 PÁGINAS.

- 2.- CHEIRIF BERKSTEIN S. RAJUNOV SARAFANOV SAMUEL
ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS ORALES
REVISTA A.D.M. VOL. XXXVII
ABRIL 1980
120 PÁGINAS.

- 3.- FINN SIDNEY B.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1983
613 PÁGINAS.

- 4.- FRAGOSO PICON MA. DEL PILAR
PSICOLOGÍA APLICADA A LA ODONTOPEDIATRÍA.
REVISTA A.D.M. VOL. XXXVI
JULIO- AGOSTO 1979
500 PÁGINAS.

- 5.- GÓMEZ FUENTES PATRICIA
ANÁLISIS EXPERIMENTAL DEL EFECTO DE LAS
INSTRUCCIONES Y EL REFORZAMIENTO SOCIAL
DE LA CONDUCTA IMITATIVA.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M.
MÉXICO, 1978
125 PÁGINAS.

6.- GRABER T.M.

ORTODONCIA TEORICA Y PRÁCTICA
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1974
892 PÁGINAS.

7.- GRABER T.M. SWAIN BRAINERD F.

ORTODONCIA CONCEPTOS Y TÉCNICAS.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.
BUENOS AIRES ARGENTINA 1979
987 PÁGINAS.

8.- KAMETA ANGEL

NIETO M. MA. GUADALUPE
FERNANDEZ V. MIGUEL ANGEL
ODONTOPEDIATRÍA VOLUMEN I
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.N.A.M.
1980 PRIMERA EDICIÓN
281 PÁGINAS.

9.- MAYORAL JOSÉ. MAYORAL GUILLERMO

ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRÁCTICA
EDITORIAL LABOR
BARCELONA ESPAÑA 1977
588 PÁGINAS.

- 10.- HOYERS ROBERT E.
MANUAL DE ORTODONCIA
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1976
776 PÁGINAS.
- 11.- ODONTÓLOGO MODERNO
HÁBITOS OCLUSALES
REVISTA ODONTÓLOGO MODERNO DIC.-ENERO 1982
120 PÁGINAS.
- 12.- PORTUONDO JUAN A.
EL PSICODIAGNÓSTICO DE ROSCHA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
EDITORIAL NUEVA MADRID
MADRID 1977
SEGUNDA EDICIÓN
500 PÁGINAS.
- 13.- RAMFJORD SIGUARD P. DR.
DR. MAJOR H. ASH, JR.
OCLUSIÓN.
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1983
SEGUNDA EDICIÓN
400 PÁGINAS.
- 14.- RAYMOND L. BRAHAM
MORRIS MERLE E.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
BUENOS AIRES ARGENTINA, 1984
646 PÁGINAS.

15.- DR. SCHNEIDER PAUL E.

DR. JOHN PETERSON

CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DE NORTEAMERICA.

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, 1982

PRIMERA EDICIÓN EN ESPAÑOL 1982

743 PÁGINAS.

16.- WOLMAN BENJAMIN B.

TEORÍAS Y SISTEMAS CONTEMPORÁNEOS EN PSICOLOGÍA.

EDITORIAL GRÁFICAS DIAMANTE

BARCELONA 1977

712 PÁGINAS.