



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

20
255

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ABORDAJE Y MODIFICACION DE LA
CONDUCTA DEL NIÑO CON HABITO
DE SUCCION DIGITAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

LITA ORIANA ANAYA VALVERDE

ASESOR: C.D. IRMA I. CELIS BRAVO

Irma Celis B



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D. F.

1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"Pero de ninguna cosa hago caso, ni estimo preciosa mi vida para mí mismo, con tal que acabe mi carrera con gozo, y el ministerio que recibí del Señor Jesús, para dar testimonio del evangelio de la gracia de Dios". (Hechos 20:24)

**"A tí, oh Dios de mis padres, te doy
gracias y te alabo, porque me has dado
sabiduría y fuerza." (Daniel 2:23)**

**"De la boca de los niños y de los que
maman fundaste la fortaleza."
(Salmos 8:2)**

A mi mamá, a Arturo

y a mis hermanos:

Alejandro y Dan.

A mi abuelita Lolita.

A todos mis familiares, amigos y

hermanos de la fe en Cristo.

A todos los que me aconsejaron y apoyaron

durante la elaboración de este trabajo.

especialmente a la Dra. Irma I. Celis Bravo

y al Dr. Alejandro Martínez Salinas

por su ayuda desinteresada.

Gracias.

**ABORDAJE Y MODIFICACION
DE LA CONDUCTA DEL NIÑO
CON HABITO DE
SUCCION DIGITAL**



**ABORDAJE Y MODIFICACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO
CON HABITO DE SUCCION DIGITAL**

INDICE

Introducción	1
Objetivo	3
CAPITULO I Definiciones	4
1.1 Tipos de hábitos	5
CAPITULO II Causas del hábito y abordaje de la conducta	6
2.1 Reflejo de succión, aberración perinatal residual	6
2.1.1 El estadio oral	7
2.1.2 Succión no nutritiva	10
2.2 Alimenticias	13
2.3 Psicológicas	15
2.3.1. Emocionales	15
2.3.2. Imitación	18
2.3.3. Conductual	18
2.4 Sociológicas	20
2.4.1. Situación familiar	20
2.4.2. Situación escolar	22

CAPITULO III Efectos sobre la oclusión	23
3.1 Mordida abierta	28
3.2 Mordida cruzada posterior	29
3.3 Protrusión del maxilar superior	30
CAPITULO IV Comprensión de la conducta del niño	31
4.1 Aprendizaje condicionado	31
4.2 Coordinación motora	32
4.3 Habilidad	32
4.4 Primacía	33
4.5 Motivación	34
4.6 Comunicación	36
CAPITULO V Modificación de la conducta del niño	37
5.1 Evaluación de la conducta del niño	37
5.1.1 Relación entre el niño y sus padres	41
5.1.2 Edad y desarrollo verbal	42
5.1.3 Higiene oral personal	42
5.1.4 Interés, deseos y objetivos personales	43
5.2 Relación cercana entre el niño y el odontólogo	43
5.3 Motivación general	44

5.4 Identificación del objetivo	46
5.5 Mecanismo de auto control	47
CAPITULO VI Terapia miofuncional y mecánica	49
6.1 Selección de aparatos	53
6.2 Selección de ejercicios y entrenamiento	60
Conclusiones	65
Bibliografía	66

INTRODUCCIÓN

La presencia de algún hábito bucal en niños entre 2 y 4 años de edad es considerado como normal, aunque muchos niños nunca presentan algún hábito; en niños mayores ya no se considera normal.

Muchos niños interrumpen su hábito durante la edad preescolar pero algunos continúan durante los años escolares e inclusive hasta la edad adulta.

No son particulares de ningún grupo de niños aunque se ha comunicado que hay significativamente más hábitos orales en los grupos socioeconómicos más altos que en los medios y bajos.

Aproximadamente 46% de los niños han tenido el hábito de chuparse un pulgar o un dedo durante la niñez. Y el 28% de los niños continúan chupándose los dedos después del tercer año de vida. El hábito es más frecuente en las niñas que en los niños (122:100).

Los hábitos orales causan anomalías dentofaciales, se producen cambios en la posición de los dientes y en la oclusión si el hábito se realiza con demasiada fuerza, durante tiempo prolongado y a intervalos muy seguidos.

Este es un gran problema que relaciona al odontólogo con los padres, pediatra y en algunos casos al psicólogo o psiquiatra.

La tensión, preocupación o aburrimiento pueden ocasionar una regresión infantil en el niño y asumir posturas como la succión digital.

También hay que tomar en cuenta las causas patológicas que obliguen al niño a llevar a cabo el hábito.

Para lograr la modificación de la conducta, es necesario establecer una relación cercana y sentida con el niño y mostrarle que queremos colaborar con él.

El abordaje de la conducta del niño en ocasiones no solo dependerá del odontólogo, sino de la ayuda profesional del psicólogo o psiquiatra. Pero al crear en el niño una conciencia de su situación y cómo puede salir de ella, al tenerlo de nuestro lado, podremos llevar a la práctica la terapia miofuncional necesaria y elaborar los aparatos mecánicos que le ayudarán a abandonar el hábito y en algunos casos sólo se necesitarán éstos para llevarlo a una oclusión normal.

La conducta y aceptación del tratamiento por parte de los padres juega una papel muy importante para conseguir que el paciente se sienta responsable y capaz de colaborar y así lograr un resultado eficaz.

OBJETIVO

El principal objetivo de este trabajo además de conocer las causas que llevan a los niños a adquirir hábitos bucales, en especial el de succión digital, como pueden ser, patológicas, la influencia de su entorno social y sus relaciones emocionales, es reconocer cuales son los alcances y limitaciones que tiene el odontólogo al abordar y mejorar la conducta del niño.

Cabe decir que el objetivo no es tomar el papel del psicólogo o psiquiatra para lograr la modificación de la conducta del paciente, sino recopilar la información necesaria que nos ayude a comprender el por qué de la conducta del niño y procurar un mejoramiento de ésta. Aunque en algunas ocasiones será necesario trabajar conjuntamente con aquellos profesionales para lograr eliminar el hábito.

Solo se dará un panorama general de la conducta del niño para lograr una comprensión de ésta, como su coordinación motora, su habilidad, su forma de aprendizaje y comunicación.

Dentro de la modificación de la conducta se pretende evaluar la conducta del paciente y de sus padres, así como la relación cercana entre el niño y el odontólogo y cómo motivarlo. Se explicarán algunos efectos que ejerce sobre la oclusión la presencia de un hábito bucal.

Acerca de la terapia miofuncional y mecánica se explicará la utilización de algunos ejercicios, combinados con aparatos mecánicos y, sobre todo, se dará énfasis en la motivación para corregir la conducta del paciente.

DEFINICIONES

CAPITULO I

1. DEFINICIONES:

Durante todos los años de crecimiento y desarrollo, hasta llegar a la vejez, existen fuerzas intrínsecas y extrínsecas, que actúan sobre el organismo humano.

La mayor parte de ellas son provechosas y útiles para la vida. La sociedad moderna se esfuerza por estimularlas hasta que se convierten en normas fijas de conducta consideradas como hábitos saludables. Representan el baluarte de la organización humana. Algunas toman un rumbo equivocado y se vuelven nocivas para el crecimiento y desarrollo óptimos de los maxilares.

El *instinto* y el *hábito* están compuestos por los mismos reflejos elementales. En el *instinto*, el modo y el orden de las reacciones son heredados, en el *hábito*, el modo y el orden se adquieren durante la vida del individuo.

A. El *hábito* puede se define como un sistema complejo de reflejos que funciona en un orden determinado cuando se recibe un estímulo apropiado. El instinto ha sido definido como un impulso interno.

B. Un *hábito* es toda actividad cuya repetición sea lo suficientemente frecuente como para que podamos considerarla una "costumbre".

Los hábitos son las cosas que no debería de hacer el niño o las que, debiendo hacerlas, las hace de una manera molesta a los adultos. Son las cosas inapropiadas, inconvenientes, que un niño hace lo suficientemente a menudo como para crear el hábito de llamarlas un hábito.

C. El *hábito* es la forma metódica en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos.

1.1 TIPOS DE HÁBITOS:

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denominan *no compulsivos*. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales.

Un hábito bucal es *compulsivo* cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito.

Klein distingue entre la succión *significativa*, la cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa causa-efecto y la succión *vacía*, la cual se refiere a una acción de chuparse el dedo sin causa detectable. Si se está en presencia de un hábito significativo se debe pensar en una interconsulta con el pediatra o el psicólogo.

Se ha encontrado una relación con el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos, el hermano colocado en el primer lugar tiene el porcentaje más elevado de hábitos orales.

**CAUSAS DEL HABITO Y
ABORDAJE DE LA CONDUCTA**

CAPITULO II

CAUSAS DEL HABITO Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA

2.1. Reflejo de succión, aberración perinatal residual

El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13-16 de gestación; además de otros de tipo respiratorio. Se considera que son precursores importantes de la respiración y deglución, necesarias para la vida posnatal.

Según un estudio realizado, los fetos de 7 meses de vida intrauterina están capacitados para alimentarse. Esto fue demostrado por una serie de radiografías en las que se observa a un feto chupando su dedo. Este acto de succión está tan enraizado, que el embrión que se alimenta a través de la placenta se siente forzado a succionar aunque no recibe otra respuesta que la de su propiocepción neuromuscular bucal.

La conducta de la succión se ve reforzada solo por la sensación placentera de los movimientos rítmicos. Se ha sugerido que aquellos embriones incapaces de ubicar sus dedos con rapidez colocaron sus lenguas. Además, la almohadilla grasa vestibular o almohadilla de succión, que da la redondez a la cara de los infantes, ayuda al proceso de succión.

También se observó en ultrasonidos que fetos de 15 semanas, muestran una marcada inclinación por succionar el pulgar de la mano derecha. Esta preferencia se mantuvo a lo largo del embarazo.

2.1.1 EL ESTADIO ORAL

En el nacimiento, al separar al niño del cordón umbilical, se pone fin a la situación de parasitismo materno en que vivía. La separación biológica de la fuente vital de que dependía desde el punto de vista metabólico, instaura una nueva relación entre la madre y el hijo.

La alimentación debe colmar desde que se instaura, una doble función: la nutritiva, que responde a una necesidad fisiológica energética; pero el alivio del estado de tensión ocasiona por esta necesidad debe experimentarse en cuanto satisfacción. Es esta satisfacción libidinal la que hay que distinguir de la función puramente nutritiva, satisfacción a la que Freud (1905) reconocía un valor sexual: "La voluptuosidad absorbe toda la atención del niño, luego le adormece, y puede incluso originar reacciones motoras.

Cuando se observa a un niño, una vez saciado, suelta la mama que le nutre y se abandona en los brazos de su madre, durmiéndose con las mejillas sonrosadas y una sonrisa de felicidad, no puede uno por menos de pensar que esta imagen constituye el modelo de la satisfacción sexual que llegara a conocer más adelante. Pero pronto esta necesidad de repetir la satisfacción sexual se separará de la necesidad alimenticia".

A esta simbiosis de la madre con el hijo, que se prolonga a lo largo de todo el primer año, corresponde cierto número de características que definen el estadio oral. En éste, la zona corporal más particularmente potencializada para la búsqueda del placer está constituida por los labios, la lengua y la cavidad bucal entera. La succión se acompaña de diversos movimientos de la mano, que trata de tocar o coger el seno. En este sentido, Spitz (1955) habló de una unidad perceptiva, constituida por la cúpula manual y la cavidad bucal, vinculadas en una percepción indiferenciada, centrada por completo en la gratificación oral, y a la que llamó cavidad primitiva. A este estadio de desarrollo

libidinal corresponde cierto modo de relación del niño con el objeto, relación que denota el apoyo que el pequeño utiliza en las primeras imágenes libidinales (Freud, 1905).

Los labios y la cavidad bucal constituyen la zona erógena cuya excitación provoca una sensación de "placer", o al menos un afecto que asociamos al placer, dado que corresponde a la satisfacción inherente a una necesidad.

Una de las manifestaciones más evidentes de la componente puramente libidinal del estadio oral, se expresa en la succión del dedo pulgar del niño cuando no mama. La satisfacción deriva de una actividad que originalmente aparece unida a la ingestión de alimentos; pero con bastante rapidez se separa de ella para convertirse en búsqueda de un placer independiente de la función alimenticia.

El estadio oral corresponde al primer año de la infancia y termina con el destete. Se le ha subdividido en dos fases secundarias:

a) La primera fase, llamada preambivalente, se vincula exclusivamente a la succión. Corresponde a la incorporación fantasmática de un "objeto", pero sin que dicha incorporación se proponga destruirlo. El niño no es capaz de diferenciar el objeto exterior de su propio cuerpo, y, por lo tanto, no hay distinción entre el niño pegado al seno y el seno nutricional. El lactante no experimenta ni odio ni amor, y, por consiguiente, el psiquismo está totalmente libre de toda ambivalencia.

b) La segunda fase comienza con la aparición de la primera dentición, hacia el sexto mes. La succión va siendo completada por el mordisco, pues los dientes constituyen el primer instrumento de que dispone el niño para enfrentarse activamente con el mundo exterior. En esta fase, la captura oral deja de ser mera succión para convertirse en mordisqueo o mordisco. En este estadio predominan las "pulsiones de canibalismo", como las llamó Freud, y

esta fase sádico-oral corresponde a la instauración de sentimientos contradictorios, ambivalentes, con respecto al objeto, que se convierte en objeto de la satisfacción libidinal y en el de la hostilidad.

Lo que confiere la unidad del niño al estadio oral es la primacía de la zona erógena; la subdivisión en dos fases atestigua la evolución de la relación objetal. Dicha evolución señala el paso de una actitud preambivalente -en la que el sujeto no percibe un verdadero objeto exterior- a la aparición de un primer conflicto a cierto objeto externo, conflicto en que la componente hostil ocupa lugar preponderante.

A la resolución del estadio oral se vincula un conflicto particular, el del destete.

Este permite que el sujeto fije la relación de la nutrición, inaugurando así la forma primordial de la imagen materna, en la cual se fundan los sentimientos más arcaicos que unen el individuo con su familia, y al medio social

El destete deja en el psiquismo humano la huella permanente de la relación biológica que interrumpe.

El rechazo del destete tiende a restablecer la imagen de la relación nutricia, imagen que no puede ser concebida sino en función de los contenidos psíquicos (sensoriales) de la primera edad.

El principal factor que causa la succión del pulgar es la inadecuada actividad de succión durante la lactancia.

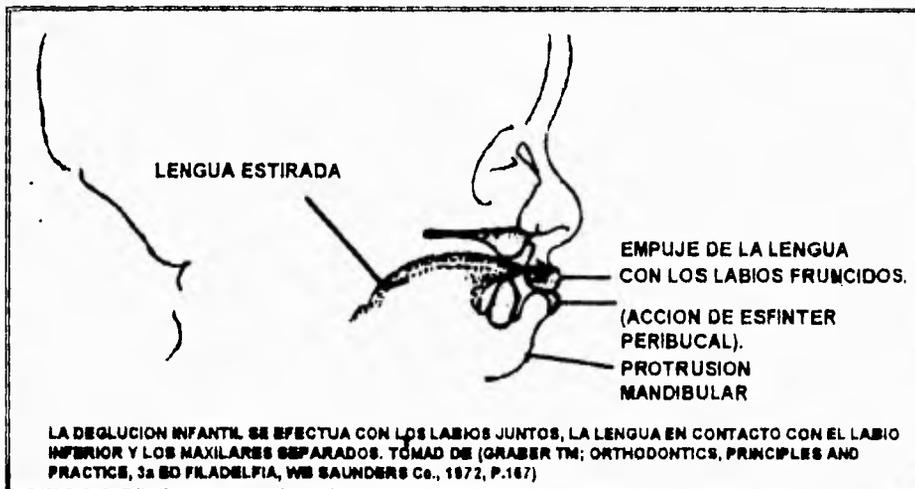
2.1.2 SUCCION NO NUTRITIVA

La succión no nutritiva durante la lactancia es una actividad que consiste en que el lactante se chupe el dedo, un chupón u otros objetos. Se considera parte normal del desarrollo fetal y neonatal.

La succión no nutritiva guarda relación estrecha con dos reflejos presentes al nacimiento, como consecuencia de desarrollar un patrón reflejo de funciones neuromusculares. El reflejo de búsqueda u orientación es el movimiento de la cabeza y lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, que usualmente es el pecho materno, debe ser capaz de encontrar a ciegas el pezón. Este reflejo desaparece en lactantes normales hacia los siete meses. El de succión hace que salga leche de los pezones y se preserva hasta el año, debe succionar inmediatamente después de haber nacido.

La boca y la cavidad oral, al tiempo de nacer ya tienen capacidad perceptiva. Toda percepción comienza en la cavidad oral, que sirve como puente primitivo desde la recepción interna hasta la percepción externa. La piel, la boca y la mucosa de la boca y cavidad oral juegan papeles importantes en el desarrollo de la percepción y del crecimiento sensorio-motor del infante.

Durante la succión, el lactante coloca la lengua bajo el pezón, en contacto con el labio inferior, y deglute con los maxilares separados y los labios juntos, lo que se denomina deglución infantil. Al modificarse la dieta del lactante, de alimentos líquidos a sólidos, aumenta la actividad de los músculos de la masticación y coloca en oclusión los molares primarios.



En resumen, la succión no nutritiva en lactantes es casi universal y se considera normal.

Los labios del niño recién nacido se encuentran muy adelantados en su desarrollo y son muy sensibles al tacto. Las yemas de los dedos son muy sensibles, de manera que si se llevan a los labios producen una respuesta inmediata en ellos, se mueven en un intento de succionar.

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 agradable se denomina *introyección*. El rechazo de un objeto desagradable se denomina *proyección*.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar en la boca. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo, y se considera como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

La elección del pulgar como objeto succionado es probablemente accidental, poniéndose este dedo en contacto con la boca en el curso de movimiento al azar de las manos que hace el lactante.

Con esto podemos notar que los neonatos empiezan su vida de aprendizaje solo 2 o 3 días luego de haber nacido. A causa de que su sensibilidad y musculatura bucal estarán desarrolladas al nacer, la generalidad de sus primeros aprendizajes están naturalmente asociados con la succión y alimentación. Aquellos hábitos que podemos aprender más pronto tienden a dejar una huella más permanente en nuestro comportamiento y, por tanto, a menudo influyen durante el resto de la vida.

2.2 Causas alimenticias

El niño aprende que el instinto de mamar, cuando es estimulado por el hambre, le produce satisfacción y le proporciona alimento para obtener energía. Pronto se fija este modo de reacción y, si no se le da satisfacción con el pecho, encuentra un sustituto en el dedo de la mano o del pie. Esto se denomina **reflejo condicionado**; por ejemplo: el hambre estimula la succión. Esta debe tener algún objeto para satisfacerla. El objeto puede hacer, y generalmente hace, que se inicie el reflejo que da principio al acto de succionar y, finalmente *el reflejo condicionado se convierte en un hábito fijo*.

Hay por lo menos dos problemas clínicos que pueden ser seguidos hasta las primeras experiencias de la alimentación:

A. Compulsión por la gratificación oral. Las frustraciones del hábito de succión infantil y la resultante insatisfacción de las primeras experiencias de alimentación podrían acarrear un deseo continuado y una posible sobrecompensación por una falta de gratificación mediante la succión. Una madre con un pecho del que la leche fluye continuamente o que ensancha la abertura del chupón del biberón puede frustrar, sin quererlo, el instinto de succión del niño, al satisfacer su hambre más rápidamente. Si se usa este último, la experiencia de la alimentación por lo general concluye una vez que el biberón se ha vaciado.

Si la leche mana con prontitud, el pecho, puede ser retirado antes de que se haya satisfecho dicho instinto. Así, aunque el niño haya sido bien alimentado la experiencia de la alimentación puede no haber sido completamente satisfactoria porque la succión se vio frustrada. Tal niño tendería a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse en un esfuerzo

por satisfacer su instinto de succión. Este niño puede crecer y ser un chupador de dedo o de lengua compulsivo.

B. Respuesta de succión condicionada. Otro problema asociado con la experiencia de alimentación perinatal es el que se relaciona con la succión o las gratificaciones orales como una conducta aprendida o condicionada en respuesta a diversas situaciones de la vida.

El flujo del pecho o el biberón pudo haber sido satisfactorio; sin embargo, cada vez que el niño llora para llamar la atención, la madre puede reaccionar ante este requerimiento colocándole un biberón en la boca. Si no tiene uno a mano le dará un chupón. El objetivo es mantener al niño tranquilo. El resultado puede ser un niño entrenado en forma inadvertida para buscar una gratificación oral cuando se enfrenta se enfrenta con diferentes problemas de la vida que van desde la simple soledad hasta la frustración o el hambre.

Clínicamente, un niño así puede haber sido criado para responder a la ansiedad chupándose el pulgar. Como adulto, el mascado de goma, comer, fumar o beber le servirán como medios de gratificación oral cuando se enfrenta con problemas de la vida.

La succión es la "unidad cerrada de autosatisfacción", es para el niño "su adentro y su afuera".

2.3 Causas psicológicas

2.3.1 Emocionales

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los 4 años de edad es un síntoma de que el niño sufre "hambre" emocional y usa el pulgar para su comodidad y compensación. También sugiere que las mejores medidas correctoras son los ajustes indirectos como brindar reposo y juegos adecuados al niño.

La succión del pulgar es con frecuencia sólo una manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temor a la oscuridad, miedo a separarse de los padres o miedo a los animales e insectos. La historia revelará a menudo dificultad en el control de esfínteres; algunos niños continúan mojando la cama varios años después de comenzar la escuela.

Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluirán la succión de los dedos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta como retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes.

También podemos destacar que las satisfacciones excesivas experimentadas en un estadio dado confieren a este un valor particular de modo que es difícil renunciar a este tipo de gratificación.

Los obstáculos hallados con la resolución de los conflictos afectivos, condicionan la intensidad de la frustración y favorecen el retorno a modos de satisfacción más antiguos como la succión del dedo.

Estos hábitos por lo general desaparecen cuando el niño madura y/o pasa el problema emocional y, con él, la necesidad de recompensas o reaseguramientos positivos.

Las escuelas cognoscitivas consideran que este tipo de hábitos prolongados constituyen formas erróneas de resolución de problemas. El niño que sufra frustración o agotamiento debe ser animado a que ponga en marcha actividades verbales, a fin de establecer contacto con su ambiente, en vez de introducirse en la boca un dedo.

La succión del pulgar surge de la falta de contacto físico y afecto tempranos por parte de la madre al alimentar a su hijo como factor fundamental y que este hábito molesto está estrechamente integrado en la naturaleza emocional de un niño y debe ser corregido lo más temprano posible. Ya que un niño necesita ser amamantado, y el hacer lo contrario puede dañarlo emotivamente. Lo ha de hacer no sólo para enseñarle a digerir sino por razones de higiene mental o nerviosa.

Por lo menos debe mamar unos cuantos meses unas cuantas veces al día. Esto contribuye mucho a darle sentimiento de seguridad y de estar protegido. El bebé que no sintió en sus labios el pezón materno es menos seguro y tranquilo.

Se ha indicado que la restricción de las manos, la admonición severa y el castigo deben evitarse y que el tratamiento debe dirigirse al descubrimiento de los factores emocionales básicos que causan el acto.

Estamos de acuerdo en que si un niño está chupando su dedo, es un signo de que necesita algo. Pero también se ha pensado que si damos sólo libertad, sólo placer, entonces no lo ponemos en un marco para ser controlados. Sin control sobre las tendencias instintivas no puede haber conducta socializada. El verdadero problema es dónde deben ponerse los límites, cuáles tendencias necesitan controlarse y cuáles no y a qué edad.

La succión del pulgar de los niños frustrados es un buen ejemplo de una conducta regresiva. Esta actitud no hace nada para remover la frustración con la que se enfrenta al niño. Brinda una disminución de la tensión creada mediante la frustración, permitiendo al niño regresar a un estado en el que toda frustración, como así también toda gratificación, era de naturaleza oral.

Si se trata de un chupeteo constante, compulsivo, el asunto es serio. En todo niño que se chupa el dedo a una edad en que debió haber superado la fase de su evolución en que podíamos considerarla una actividad normal y lo hace en forma compulsiva, hay un conflicto. El hábito, entonces, es una manera de expresar su aislamiento del mundo exterior, una forma de defenderse de los sentimientos de inseguridad y de sus angustias primitivas, su volverse a sí mismo, un refugiarse en su vida de fantasía, una posición autista, una regresión, pero también un objeto transicional, un factor de progreso en el desarrollo psicológico, una forma de relación con el mundo y de compensar la separación de la madre.

Solo se puede considerar el chupeteo compulsivo como un síntoma, como demostración objetiva de que algo anda mal y es entonces una forma de buscar "el equilibrio psíquico interno dominando la ansiedad".

Debemos considerar que algunos niños conservan actividades de succión como una expresión de su temor a crecer, un temor a presentarse como individuos sanos, activos por medio de la succión, pueden recluirse en un protector capullo de fantasía, no amenazador ni amenazante.

2.3.2 Imitación

Los niños pequeños aprenden por imitación. Aprenden las posturas por imitación. Como resultado de esta frecuencia, pueden copiar actitudes de otros niños que están a su alrededor, como el succionarse un dedo.

2.3.3 Conductual

Algunos comportamientos tienen orígenes que pueden ser tan remotos clínicamente que no sea factible ser identificados. Por ejemplo, un niño sufrió molestias provocadas por la dentición cuando erupcionaron sus incisivos superiores. Para aliviar el dolor él frotaba sus encías con el pulgar y, al descubrir que esta anestesia por presión era reconfortante, mantenía su dedo contra la encía dolorida del maxilar superior. Con rapidez comenzó a chuparlo en forma regular ante el placer que le causaba. En otras palabras, en el caso de este niño en particular, la introducción del dedo en la boca es un ejemplo de conducta al azar. El alivio de las molestias de la dentición se pudo haber logrado también masticando una galleta dura o tomando un analgésico. El resultado es que este niño halló alivio cuando se puso el dedo en la boca. Algunos pueden descubrir el placer de chuparse el dedo cuando se lo colocan en la boca después de lastimarse por un corte o por una quemadura. Esta conducta al azar pudo iniciar un hábito. Pero clínicamente esto es muy remoto para ser detectado.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz, chupar una sábana o un pañal, frotarse la mejilla o la barbilla con una sábana. Frecuentemente, se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

Chuparse el dedo está estrechamente asociado con el sueño. Muchos niños se chupan el dedo solo cuando se duermen y durante el sueño. El niño

de dos años de edad se resiste a que se le extraiga el pulgar durante el sueño; el niño de tres años espontáneamente saca el pulgar durante el sueño.

El recurso de chuparse el dedo durante la tensión es una actividad de desplazamiento.

El niño al succionar su pulgar proclama: "No tengo lo suficiente de la comunidad y por lo tanto me lo proveo para mí de mi propio cuerpo. No los necesito para satisfacer mis necesidades emocionales profundas".

2.4 Sociológicas

2.4.1 Situación familiar

Los conflictos en el hogar también pueden estar relacionados con el hábito y, en consecuencia, la succión del pulgar puede no ser un síntoma aislado sino ser uno de varios síntomas vinculados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de hechos anteriores.

Se ha sugerido que los niños pequeños que duermen en la misma habitación que sus padres pierden el gusto por succionarse los dedos. Tampoco los niños que tienen a un adulto presente al quedarse dormidos en el día o en la noche se succionan el pulgar.

Esto destaca la importancia de la proximidad paterna en el momento de que el niño va a dormir.

Con respecto al niño mayor que se chupa el dedo, se acepta que pueden existir presiones, tanto en el hogar como en la escuela, para que deje de hacerlo. El hábito es indicador de tensión emocional, que cumple un propósito y que si es impedido, el niño puede buscar otra actividad placentera más dañina.

Si un niño de cuatro y medio o cinco años de edad continúa chupándose el dedo, es conveniente investigar la situación que priva en la familia. ¿Se trata bien al niño? ¿Existe algún problema conyugal entre los padres y el niño se pregunta cuánto tiempo más continuaran viviendo juntos? ¿Riñen con frecuencia en el seno de la familia? ¿Se ha ausentado por mucho tiempo alguno de los padres? ¿Hay algo que inquiete al niño?

En una gran cantidad de presencias clínicas el niño aparece como portador de los síntomas de un trastorno que radica en el funcionamiento interno del sistema familiar; a poco que se observe se cae en la cuenta de que

la familia está enferma en sí misma y que el niño es tan solo su órgano expresivo.

Si todavía continúa chupándose el dedo a los seis o siete años de edad, hay que saber cómo ha sido tratado durante toda su vida para determinar si es capaz de abandonar el hábito por su propia voluntad o si se hace necesario investigar primero si existe algún conflicto neurótico producido por la situación familiar, al fin de curarlo. Quizá ellos quieran hablar, pensar o actuar como sus hermanos más grandes y no pueden llevarse bien con ellos; o quizá sus padres están siempre tan ocupados que no pueden gozar de su compañía.

Por lo tanto, después de los cuatro o cinco años de edad, debe estudiarse la situación: si continúa hay que remitirlo a un médico especialista.

El amor es algo esencial en la familia. Para el niño lo es también el recibirlo de todos los que le rodean y sobre todo de la madre. Este amor de padres y hermanos sigue siendo esencial para el sano desarrollo del niño durante la edad escolar, por lo que claramente se intuye, que el vivir con su familia es una circunstancia que favorece esta necesidad vital, en contraste con aquellos que en esta edad, o antes, forman parte de una comunidad ajena a la familiar, una comunidad artificial creada precisamente para suplir, en lo posible, a la anterior.

La conducta antinatural y reservada de los padres para con sus hijos puede ocasionar a éstos, además de otros daños, funestas inhibiciones.

La aceptación es muy necesaria para la seguridad del niño, está relacionada con el amor. Si éste es auténtico, no cabe duda de que habrá aceptación.

La estabilidad equivale a equilibrio. La infancia y la adolescencia son etapas que caminan hacia un equilibrio no logrado todavía, por eso los niños

la familia está enferma en sí misma y que el niño es tan solo su órgano expresivo.

Si todavía continúa chupándose el dedo a los seis o siete años de edad, hay que saber cómo ha sido tratado durante toda su vida para determinar si es capaz de abandonar el hábito por su propia voluntad o si se hace necesario investigar primero si existe algún conflicto neurótico producido por la situación familiar, al fin de curarlo. Quizá ellos quieran hablar, pensar o actuar como sus hermanos más grandes y no pueden llevarse bien con ellos; o quizá sus padres están siempre tan ocupados que no pueden gozar de su compañía.

Por lo tanto, después de los cuatro o cinco años de edad, debe estudiarse la situación: si continúa hay que remitirlo a un médico especialista.

El amor es algo esencial en la familia. Para el niño lo es también el recibirlo de todos los que le rodean y sobre todo de la madre. Este amor de padres y hermanos sigue siendo esencial para el sano desarrollo del niño durante la edad escolar, por lo que claramente se intuye, que el vivir con su familia es una circunstancia que favorece esta necesidad vital, en contraste con aquellos que en esta edad, o antes, forman parte de una comunidad ajena a la familiar, una comunidad artificial creada precisamente para suplir, en lo posible, a la anterior.

La conducta antinatural y reservada de los padres para con sus hijos puede ocasionar a éstos, además de otros daños, funestas inhibiciones.

La aceptación es muy necesaria para la seguridad del niño, está relacionada con el amor. Si éste es auténtico, no cabe duda de que habrá aceptación.

La estabilidad equivale a equilibrio. La infancia y la adolescencia son etapas que caminan hacia un equilibrio no logrado todavía, por eso los niños

necesitan un hogar estable. El peligro psicológico que acecha a esta falta de consistencia es la frustración. Aparecen sentimientos de incapacidad y de impotencia que serán demostrados en algún tipo de hábito.

No todos los niños que se succionan su pulgar son un problema. También hay niños felices que pasan por momentos críticos, y muchos de ellos no parecen necesitar un cambio en sus cuidados.

2.4.2 Situación escolar

Debemos tomar en cuenta que la escuela sucede cronológicamente a la familia sin que por ello la reemplace. La institución escolar crea un medio ambiente artificial cuyos fines están socialmente definidos y se refuerzan sus responsabilidades al revestir un carácter de obligatoriedad para la mayoría de los niños, por lo tanto hay que comprender que no todos los niños se puedan adaptar con facilidad a esta nueva fase de su vida. La vida en el grupo familiar, ha estructurado ciertas formas de relaciones y ha hecho adquirir al niño un estilo de comportamiento frente a las personas, al mundo y a las cosas.

La adaptación a este nuevo medio ambiente que constituye la escuela, viene condicionado por ese pasado. Dentro de los aspectos que pueden tensionar al niño escolar hasta el grado de refugiarse en sí mismo succionando alguno de sus dedos, podemos encontrar un ambiente rígido, programado y ordenado, por tal motivo los padres no deben hacer ver al niño a la escuela como un lugar de demasiada tensión, pero tampoco llegar al extremo de verla como una institución sin normas o reglas.

Cabe destacar que a veces el niño puede no estar a gusto con su maestro y entonces hay que abordar el problema desde ese punto de vista.

**EFFECTOS SOBRE LA
OCCLUSION**

CAPITULO III

EFFECTOS SOBRE LA OCLUSIÓN

El efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares y sobre los arcos dentarios, incluyendo la oclusión, depende de diversos factores como la frecuencia con que es practicado el hábito, la duración de cada práctica, la intensidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión, el desarrollo osteógeno, la dotación genética del niño y su estado de salud.

La duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por un hábito digital. El niño que succiona con intensidad alta y de manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental, mientras que otro que succiona de modo persistente (durante más de seis horas) originaría un cambio dental relevante. En cuanto a la intensidad, ésta es igualmente importante. En algunos casos, la succión puede oírse en la habitación contigua, mientras que, en otros, apenas comporta la introducción pasiva del dedo en la boca sin actividad buccinadora aparente.

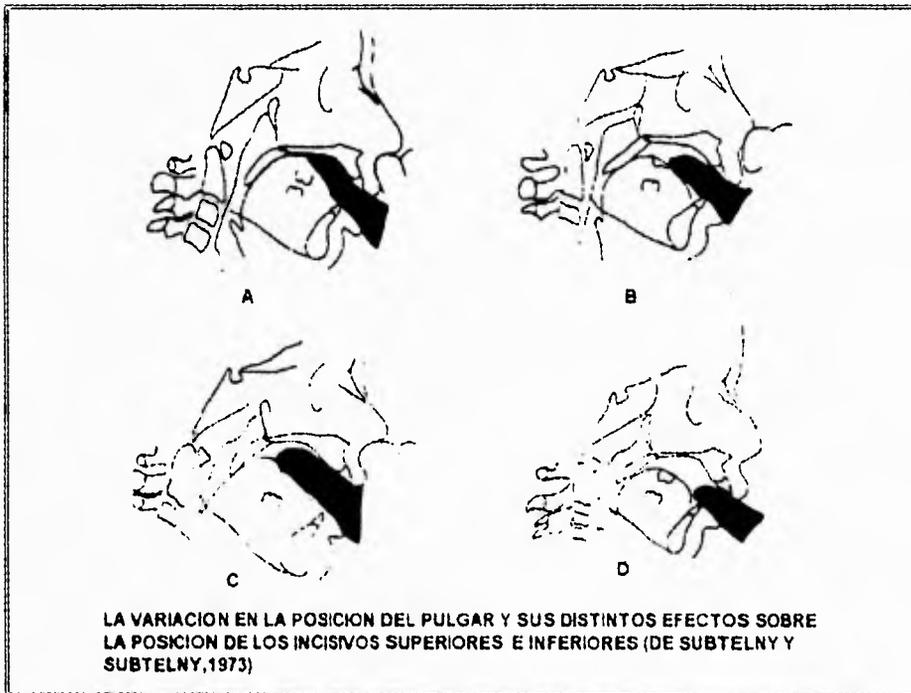
La variación en la posición del pulgar puede tener un efecto específico selectivo sobre la oclusión y la posición de los incisivos superiores e inferiores.

Se ha comprobado que el pulgar podía adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión.

- En el primer grupo, se da en el 50% de los sujetos, el pulgar penetra en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación, ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar.

El incisivo inferior presiona contra el pulgar o se pone en contacto con él, por detrás también de la primera articulación.

- En el segundo grupo (24%), el pulgar no se introduce totalmente en la zona abovedada del paladar duro.
- En el tercer grupo (18%), el pulgar se introduce totalmente en la cavidad oral y se pone en contacto con la bóveda palatina, pero en este caso, el incisivo inferior no está en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión.
- En el cuarto grupo (6%), el pulgar penetra muy poco en la boca y el incisivo inferior establece contacto con él aproximadamente en la uña.



Para establecer los efectos del hábito de succión sobre la oclusión, es necesario conocer cuál es la relación anteroposterior de los maxilares entre sí. Para conseguir esto, nos basamos en la clasificación de Angle.

CLASIFICACION DE ANGLE

Este sistema se basa en las relaciones anteroposteriores de los maxilares entre sí.

A. CLASE I (Neutroclusión)

La cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula en el surco bucal del primer molar permanente inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo de la del maxilar superior, y ninguna de las dos está demasiado adelante o atrás, en relación con el cráneo.

B. CLASE II (Distoclusión)

En esta clase, el surco mesial del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

a. División 1

Distoclusión en la que los incisivos superiores están típicamente en labioversión extrema

b. División 2

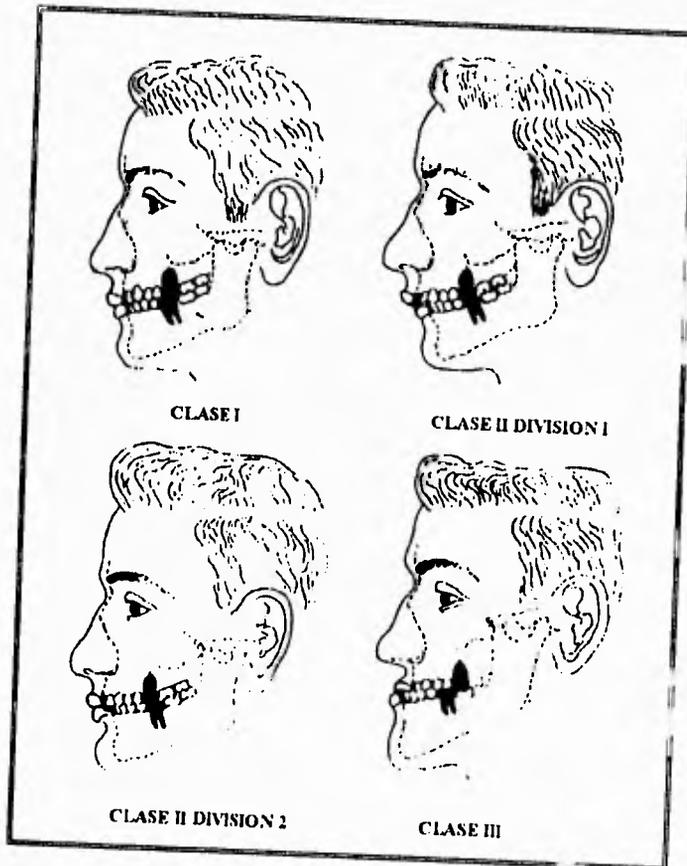
Distoclusión en la que los incisivos centrales superiores están en posición casi normal en el sentido ánteroposterior, o ligeramente en linguoversión, mientras que los incisivos laterales superiores se han inclinado labial y mesialmente.

c. Subdivisiones

Cuando la distoclusión ocurre en un lado del arco solamente, la unilateral se considera como una subdivisión de esta división.

C. CLASE III (Mesioclusión)

Las maloclusiones en las que hay una relación "mesial" del maxilar inferior respecto al superior, hacen la clase III. El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.



Los daños producidos por el hábito de succión digital en la oclusión son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II división I.

Las maloclusiones de los incisivos superiores causada por el hábito, generalmente provoca hábitos secundarios en los labios, y casi en un 80% predisponen a la respiración bucal.

Si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanente anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta, pueden producirse consecuencias desfigurantes.

El desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal pueden provenir de dos fuentes: 1) de la *posición* del dedo en la boca, y 2) de la *acción de palanca* que ejerza el niño contra las otras piezas y el alvéolo por la fuerza que genera si, además de succionar, presiona contra las piezas.

Los principales efectos sobre la oclusión son los siguientes:

3.1 Mordida abierta

Una mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente. La protrusión de los dientes anteriores superiores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar. Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical; el dedo impide la erupción de los dientes anteriores, mientras que los posteriores tienen libertad para hacerlo.

Según la acción del palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

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

La erupción pasiva de los molares causará mordida abierta anterior; la intrusión de los incisivos también puede ocasionarla.

Se puede diferenciar la mordida abierta causada por hábito de succión de la causada por proyección lingual a que ésta es de forma rectangular y la otra es de forma redonda.

3.2 Mordida cruzada posterior

Los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada.

Esto se diagnostica muy fácilmente y en general se trata precozmente.

Es muy importante diferenciar las mordidas cruzadas unilaterales debidas a una desviación mandibular de las debidas a una asimetría de uno de los maxilares. La mordida cruzada unilateral verdadera es muy rara. Cuando se produce, casi siempre obedece a un problema del desarrollo del esqueleto de carácter completo y hay que remitirlo a un especialista.

Muchas mordidas cruzadas unilaterales son debidas a una desviación de la mandíbula causada por un estrechamiento de el arco superior con respecto al inferior.

La mordida cruzada posterior completa es un problema menos frecuente y más grave que la desviación de la mordida cruzada unilateral. Puesto que la mordida cruzada bilateral suele ir acompañada de apiñamiento y otros problemas oclusales, es mejor remitir a esta tipo de pacientes a un especialista.

La técnica de la expansión maxilar por la dilatación de la sutura mediopalatina (que no cierra hasta la pubertad) ha demostrado su utilidad en el tratamiento de mordidas cruzadas.

La expansión rápida con un aparato con tornillo produce movilización lateral de los dientes pero con ella se consigue un ensanchamiento de la base ósea.

3.3 Protrusión del maxilar superior

Este tipo de anomalía se debe por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca, se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar. Los músculos orbicular de los labios y los buccinadores siguen aplicando fuerzas sobre las superficies vestibulares de la arcada superior, en particular cuando dichos músculos se contraen durante la succión. Como la lengua deja de ejercer fuerza de contraequilibrio desde lingual, el arco superior posterior se colapsa en una mordida cruzada.

COMPRESION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

CAPITULO IV

COMPRESIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

4.1 Aprendizaje condicionado

El aprendizaje puede definirse como un "cambio en la conducta como resultado de la información, la experiencia y la práctica".

Así, no todo paciente informado ha aprendido. La educación, a su vez, es un "medio para modificar la conducta que emplea la información, la experiencia y la práctica". Aunque aprendemos aproximadamente el 60% de lo que oímos y vemos, lo que es más del doble de lo que oímos y leemos, el porcentaje sube aproximadamente el 90% respecto de lo que hacemos repetidamente. En concordancia con esto, la experiencia educacional requiere no la mera absorción pasiva de la información por parte del niño sino su participación activa en el proceso de aprendizaje.

El aprendizaje se puede dividir en varias categorías:

1. **Aprendizaje abstracto o intelectual, que resulta de estímulos verbales o de palabras escritas.**
2. **Aprendizaje físico, que proviene de la práctica de ciertas destrezas.**
En efecto, el objeto y los beneficios se pueden olvidar, pero se recuerda la actividad motora. El esfuerzo educacional original puede haber sido verbal.
3. **El aprendizaje condicionado, provocado como reacción a un estímulo o estímulos.** Por ejemplo, un niño puede aprender a no tocar una estufa caliente si, al haberla tocado una vez, recibió una quemadura dolorosa.

El uso correcto de aparatos para corregir hábitos puede convertirlos en elementos de enseñanza para lograr modificaciones de la conducta. No emplearlos cuando se los necesita es como practicar la medicina sin recurrir a los antibióticos.

4.2 Coordinación motora

La modificación de la conducta en un niño pequeño que se succiona el pulgar es difícil, ya que algunas veces su inmadurez neurológica le impide coordinar en forma adecuada el movimiento de sus manos y musculatura oral. Pero a los tres años, no sólo se presentan el desarrollo motor y el desarrollo intelectual; se constituye todo el mecanismo motor, intelectual y afectivo de la adaptación social que se integra, se diferencia y enriquece en el curso de la coordinación dinámica, y a un niño de esta edad ya podemos tratarlo para la corrección del hábito.

4.3 Habilidad

Uno puede hacer sólo aquello que es capaz de hacer. Esta regla de la conducta es tan básica y tan obvia que con frecuencia se pasa por alto.

Si un hábito recídiva después de retirar un aparato, es posible que el fracaso esté referido a un aprendizaje condicionado por una coordinación motora y no a falta del aparato.

Hay que tomar en cuenta el desarrollo psicomotriz del niño, que es la serie de movimientos corporales que realiza para estimular su sistema nervioso.

La psicomotricidad satisface el desarrollo de la percepción, coordinación motora y habilidades.

Todo esto ha de tomarse en cuenta al querer tratar con aparatología al paciente con hábito de succión digital, ya que depende de la edad del niño, y de su desarrollo psicomotriz, el hecho de mantener estos aparatos en la boca; y al emplear terapia miofuncional, su habilidad y cooperación son determinantes en el tratamiento.

4.4 Primacia

Lo que primero aprendemos tiende a quedar grabado en forma más indeleble que lo siguiente. Una experiencia inicial de aprendizaje tiene lugar sobre un terreno más o menos limpio; no demanda una inhibición sobre una experiencia previa. Este fenómeno de primacia es bien conocido y explica la importancia del aprendizaje perinatal asociado con los hábitos. Explica, además, cómo y por qué estos hábitos aprendidos pueden seguir siendo dominantes a lo largo del tiempo.

Asimismo, sirven para entender cómo los rasgos generales de personalidad asociados con la experiencia de la alimentación primera tienden a durar durante toda la vida, aunque el aprendizaje fuera condicionado y no verbal a una edad muy temprana. Como la primacia se hace más dominante con la edad, los hábitos resultantes de experiencias de succión perinatales aberrantes se tornan más difíciles de tratar cuanto mayor sea el paciente.

Aquello aprendido más recientemente es, a menudo, lo que se recuerda con más facilidad. No obstante, la capacidad de recordar no siempre dura mucho tiempo. Clínicamente, el hecho de un aprendizaje reciente tiene

importancia en cuanto a que el niño aprenderá a veces con rapidez nuevos hábitos.

4.5 Motivación

La motivación se refiere al deseo total del paciente de cooperar para llevar a buen término el tratamiento. El visualiza el resultado final como algo fuertemente deseado ya que pertenece al orden de sus mejores intereses. La coerción ejercida contra el niño en forma de castigo en la mayoría de los casos no sólo no sirve, sino que es objetada por muchos padres como contraria a la ética.

El refuerzo es más limitado en su objetivo y más inmediato que la motivación. En lugar de recompensas y castigos, se habla de refuerzo positivo y negativo. El positivo tiende a apoyar o a favorecer una conducta en particular. El negativo a desalentar o a inhibir cierto comportamiento específico. El mejor refuerzo para el paciente es comprobar una mejoría constante de su estado y apreciar su importancia. El peor es no ver ningún progreso después que ha invertido en el intento un esfuerzo considerable.

El refuerzo específico realizado por el dentista o por el padre no es necesariamente considerado positivo o negativo por todos los niños. Cada uno lo valora a su manera. Para algunos de ellos, un bocadillo a la hora de ir a acostarse es el premio más codiciado y representa un refuerzo positivo. Otros esperan salir a jugar afuera, observar su programa favorito de televisión o la promesa de un regalo como un juguete. Otros, aún, disfrutan de hacer pequeñas excursiones con sus padres.

Los refuerzos, para ser efectivos, deben ser preparados para cada paciente de acuerdo con su edad y sus gustos individuales.

El uso efectivo de los refuerzos es crítico para la mayoría de las modificaciones de la conducta. No sólo tenemos que identificar los factores apropiados para cada niño en forma individual, sino que también debemos considerar su calidad y cantidad.

Es necesario observar el intervalo transcurrido desde que se realizan los ejercicios miofuncionales hasta los refuerzos. Estos pierden efectividad con la demora. Para ser más efectivos los refuerzos positivos y los negativos deben ser rápidos. Pero si los ejercicios se realizan 5 veces al día, cinco refuerzos pueden ya no ser prácticos y lo más recomendable es hacer una acumulación de estos refuerzos.

La selección de los refuerzos, su calidad y cantidad y la frecuencia con que se aplican a intervalos específicos después del horario de los ejercicios reciben el nombre de "oportunidad de los refuerzos".

Cabe hacer una diferencia entre lo que es un soborno y la motivación.

El soborno lo podemos definir como "algo prometido u otorgado que alentará a una persona a hacer algo ilegal o en contra de su voluntad". En cambio la motivación está referida al deseo del buen resultado final y nada más. Como estos pacientes entran en un programa de tratamiento miofuncional por su propia voluntad, un refuerzo no puede ser considerado como soborno. Es solamente un recurso para ayudar al niño a lograr sus propios objetivos.

El objetivo de los refuerzos es transferirlos gradualmente desde su valor de recompensa física por hacer bien un ejercicio o utilizar el aparato.

4.6 Comunicación

La comunicación simple entre dos personas es uno de los fenómenos humanos más complejos. En cualquier momento de esa comunicación se canalizan muchos tipos de señales por medio de la atención y la acción.

Como clínicos, a menudo podemos realizar un mejor tratamiento siendo comprensivos con las preocupaciones del paciente, porque desde este modo logramos una cooperación mucho mayor que la que conseguimos reprendiéndolo por su falta de cooperación.

Con frecuencia, los niños con maloclusiones se tornan exageradamente introvertidos y se comportan socialmente en forma inmadura. Para ellos, esto con frecuencia significa la burla y el ridículo, y quieren ser como sus compañeros de juegos. Los efectos psicológicos desfavorables tienden a acompañar a los defectos del habla atribuibles a la maloclusión, por lo tanto debemos tratar de comprender este sentimiento escuchando al niño.

Construir un aparato fijo y hacer que el paciente no lo rompa es un logro en la tecnología de la conducta. Hacer un aparato removible y lograr que aquél lo use y no lo pierda requiere aún una mayor habilidad. Para conseguir estos logros debemos lograr una modificación de la conducta basada en la comunicación.

MODIFICACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

CAPITULO V

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DEL NIÑO.

5.1. Evaluación de la conducta del niño

Para poder evaluar la conducta del niño, debemos conocer las tendencias de cada edad, conociendo las normas que pueden usarse para evaluar el desarrollo particular del niño.

Esquema evolutivo del niño.

El niño de tres años:

Se expresa con oraciones, usando las palabras como instrumento del pensamiento; demuestra una positiva propensión a comprender el medio que lo rodea y a ajustarse a los requerimientos culturales. Ya no puede decirse de él que "no es más que un bebé".

Tiene capacidad de planeamiento. Hace un análisis más fino de las percepciones, las preguntas giran al rededor del ¿cómo?.

Es dramático por excelencia. Las preguntas que hace parecen insustanciales.

Ha logrado percibir diferencias entre lo que es él y lo que son otros. Alterna la diversión de los adultos con lo solitario, tiene amigos fantaseados y fluctúa entre ser cooperativo y abandonar la relación de trabajo, presta sus juguetes y luego se arrepiente.

El niño de cuatro años:

Formula infinidad de preguntas, percibe analogías y manifiesta una activa tendencia a conceptualizar y generalizar. En la rutina hogareña es casi totalmente independiente.

Prevalece el interés por el dar respuestas informativas "Etapa de la sabiduría infantil". Sus preocupaciones son la posibilidad de pérdida corporal.

Es independiente y sociable. Aparece la necesidad de dar ordenes. Trata de razonar, es ordenado, organizador, trata de vestirse sin ayuda. Trata de participar en el mundo de los adultos. Manifiesta soledad y aburrimiento. Época de la picardía. Trata de evadir la autoridad.

El niño de cinco años:

Ya ha alcanzado la madurez de su control motor. Prefiere el juego con compañeros, y siente un orgullo social por sus prendas personales y éxitos. Es un pequeño ciudadano, conforme y seguro de sí mismo, en su mundo limitado.

Es capaz de resolver problemas concretos. Es capaz de mantener intervalos de atención que le permiten desarrollar actividades de escritorio. Va a tratar de negociar con el afán de terminar lo empezado. Tiene interés en el diálogo.

Es expresivo, explosivo en afectos. Sigue prefiriendo los juegos de tipo social. Se acentúa el interés de evadir normas, cuestiona la autoridad y se permite hacer trampas.

El niño de seis años:

Tiene una agresividad que puede ser constructiva o bien orientada hacia lo negativo llegando hasta el sadismo. Las madres a veces pueden ser exigentes y no les permiten que ensucien la ropa o maltraten a los demás y esto representa para el niño una represión.

En esta edad la entrada a la escuela tiene repercusión en todas sus áreas psíquicas ya que recibe informaciones que alteran su comportamiento, va a aprender cosas que antes eran ajeno. Esto presenta una separación de su hogar, a la que todavía no está preparado.

El niño de siete años:

Ya distingue detalles y puede fijar su atención en dos situaciones a la vez. Es capaz de ordenar una serie de acciones realizadas

El niño de ocho años

Es capaz de conversar con los adultos. Lo caracterizan la velocidad, expansividad y afán valorativo. Desarrolla su conciencia moral.

Se interesa por conocer las causas de los fenómenos, interesado en jugar con los demás tiende a pedir ayuda de otros, siendo más objetivo para evaluar las figuras de autoridad.

El niño de nueve años:

Empieza a desarrollar un sentido elemental del deber y la justicia, se impone autodisciplina. Le gusta participar en la organización de juegos y trabajos.

Se puede observar que ocasionalmente puede succionar sus dedos como válvula de escape. Si todavía se chupa el dedo el propio niño puede hacer un verdadero esfuerzo por dar fin al hábito.

El adolescente:

Es inquieto, investigador, no le gusta estar sólo. le encanta discutir. está sujeto a estallidos de risa y estados de ánimo variables.

Muestra exabruptos en sus emociones, su organismo se halla en proceso de transformación, es curioso, poco insistente, más razonable.

5.1 Evaluación de la conducta del niño

La modificación de la conducta, para ser efectiva y eficiente, debe encuadrarse dentro de un cierto marco científico.

Este puede aplicarse a cualquier ejercicio o procedimiento miofuncional programado o seleccionado para un paciente individual. Hay que comprender al paciente y su medio social, pero estos esfuerzos no tendrán ningún provecho si el paciente no realiza correctamente lo que se le enseña, cómo y cuándo se le ha dicho que lo haga, hasta que el acto se vuelva completamente reflejo.

5.1.1 Relación entre el niño y sus padres

Antes de emprender el tratamiento del hábito es imprescindible la evaluación entre el paciente y su padre. El objetivo de la evaluación conductual reside en alcanzar un pronóstico del tratamiento basado en la capacidad, la inteligencia y la presencia o ausencia de factores de motivación en el niño.

El enfoque utilizado en el tratamiento miofuncional varía más que en las técnicas quirúrgicas o mecánicas según la personalidad del paciente y su comportamiento. En el tratamiento del hábito tratamos con el paciente y su entorno social y no simplemente con un problema oclusal.

Muchos padres cooperaran con el tratamiento dental llevando a su niño al dentista, pero más allá de eso, muchos, o no están enterados o están tan preocupados que no son capaces de contribuir supervisando la conducta del niño en el hogar. Sobre todo en los más jóvenes, la asistencia de los padres resulta esencial para el éxito. Además, el tratamiento del hábito requerirá 2 o 3 visitas semanales durante bastantes semanas. En este caso la ayuda de los padres es vital.

Pero a menudo, los padres están muy ansiosos con respecto al hábito y esta ansiedad puede llevarles a insistir sobre el tema o a castigos, que frecuentemente crean una tensión mayor e insatisfacción.

Hay que comprender que hay madres muy severas, con un ideal perfeccionista, que no toleran nada que signifique satisfacción instintiva de sus hijos y se ha señalado la desconfianza básica de la relación madre-hijo subyacente a esta necesidad de que el niño busque placer en su propio cuerpo.

Algunas madres se sienten malas madres ante ese buscar placer en sí mismo del niño y consideran a esa actividad decepcionante para ellas.

A otras madres les molesta lo que digan los amigos, o la familia, o los vecinos. No parecen interesarse tanto en el problema del hijo sino en el "qué dirán", y les resulta difícil aceptar que el niño necesite del hábito para expresar sus dificultades afectivas.

5.1.2 Edad y desarrollo verbal

En el tratamiento miofuncional, lo importante no está en lo que nosotros hacemos *a/* paciente, sino en lo que hacemos *por* el paciente. Lo realmente útil es contribuir a que se ayude a sí mismo. Esto se lleva a cabo esencialmente por la comunicación. Por supuesto los métodos empleados para comunicarse se encuentran en relación directa con la edad. El modo en que se pueda establecer comunicación con un niño de 3 años será muy distinto del empleado para con otro de 10 años.

La comunicación ocurre en modos distintos. Nosotros lo hacemos por lo que decimos (verbal) y por la forma en que actuamos (conducta). Cuanto más joven es el paciente, se utiliza menos comunicación verbal, ya que tiene mayor tendencia a imitar. Por tanto, resultará más inteligente demostrarle lo que nosotros queremos al niño más pequeño que tratar de explicárselo.

5.1.3 Higiene oral personal

Pese a haber muchas consideraciones orales, uno de nuestros intereses esenciales es evaluar la capacidad del paciente para eliminar la placa bacteriana. La modificación de las miofunciones orales refleja es más difícil que la modificación de las conductas conscientes relacionadas con el

control de placa. Si es imposible motivarlo para controlar la placa bacteriana, por supuesto será muy dudoso lograr éxito en el tratamiento miofuncional.

5.1.4 Intereses, deseos y objetivos personales

Antes de comenzar el tratamiento del hábito, deberíamos preguntarnos: ¿Qué motiva al niño que está bajo tratamiento? ¿Cuáles son sus gustos? ¿Cuáles sus deseos o sus aspiraciones a largo plazo? ¿La eliminación de qué placeres le molestará más? Se ha dicho que para cada persona existen ciertos factores de motivación, debemos averiguar cuál es el de cada niño.

El objetivo es descubrir qué estimula a ese niño en particular. Los niños sin intereses o deseos conocidos carecen de factores de motivación positivos. El único factor motivacional restante es el temor o el castigo físico impuesto por el padre.

Si el niño no ha desarrollado aspiraciones ni temores al fracaso, será difícil motivarlo. Un niño interesado y entusiasta será motivado más a menudo con facilidad para trabajar duro y lograr un resultado terapéutico específico si puede ver una relación entre dicho logro y sus intereses, deseos, y objetivos personales.

5.2 Relación cercana entre el niño y el odontólogo

Para que sea efectiva la modificación de la conducta humana sobre una base de persona a persona, es necesario que se establezca una transferencia.

Esto ha sido definido como una relación cercana y sentida. El odontólogo debe presentarse como alguien que quiere cooperar con el paciente para conseguir el cambio de conducta que éste desea hacer. Como la mayoría

de las relaciones de cooperación se apoyan sobre el hecho de compartir intereses comunes, el odontólogo puede dirigir su atención inicial a un interés ya existente en el niño y luego transferir esa relación a sus objetivos terapéuticos.

Algunas áreas de exploración serían muñecas, deportes, programas de televisión, juegos, comidas, amigos, temas del colegio etc. Es necesario "sintonizarse" con estas preocupaciones infantiles y permitir al niño que las ventile y se exprese.

5.3 Motivación general

En la mayoría de los casos el objetivo de la terapia miofuncional es lograr un balance en oclusión. Conductas como chuparse el dedo, producen problemas oclusales. En muchos de estos casos, el problema oclusal puede ser fácilmente relacionado con la estética facial. Esta relación debe hacerse clara al paciente mediante los siguientes pasos:

- 1. Se lo motiva para que desee una mejor estética.**
- 2. La importancia de este objetivo, en los niños, puede estar referida a la belleza, el poder atlético, la amistad, la aceptación, los estudios, etc.**
- 3. Se relaciona entonces el resultado final estético que se desea con la corrección de un problema oral específico, como una protrusión del maxilar superior o una mordida abierta.**

Otro recurso es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el primero y el odontólogo, donde sólo se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un período específico y como premio recibirá una recompensa, si se satisfacen las exigencias del pacto. La recompensa no tiene que ser extravagante pero sí

especial para motivar al niño. Puede incluir el uso de calcomanías en forma de estrella en un calendario hecho en casa, cuando él evite exitosamente la costumbre durante todo un día. Al término del período, se presenta la recompensa con halagos verbales por haber satisfecho las condiciones del acuerdo.

5.4 Identificación del objetivo

Una vez establecido el objetivo estético, relacionado éste con las preocupaciones emocionales del paciente y transferido a un objetivo oclusal específico como el cierre de una mordida abierta o la retrusión de los dientes superiores protruidos, es necesario identificar ante el paciente la conducta que causa el problema oclusal. En otras palabras, uno puede seguir esta secuencia:

1. Juanito, tu jugador favorito de fútbol tiene dientes saludables y de buen aspecto.
2. A ti te gustaría ser como él.
3. Tú quieres tener dientes bonitos.
4. Tus dientes no tienen buen aspecto porque sobresalen.
5. Tus deseos son que enderecemos esos dientes para que tengan el mismo aspecto saludable y agradable que tienen los del jugador de fútbol.
6. Estos dientes no están derechos porque cuando te chupas el dedo, éste empuja los dientes hacia afuera.
7. Lo que queremos hacer ahora es impedir que te chupes el dedo.
8. Si dejas de hacerlo, llegarás a tener dientes sanos y lindos como los del jugador de fútbol.

Nótese en esta secuencia que los objetivos miofuncionales específicos fueron referidos al objetivo de la estética general (parecerse a su héroe favorito) y al objetivo oclusal específico del paciente (dientes derechos y de buen aspecto). A medida que el entrenamiento avanza se acentúa cada vez más la conducta miofuncional y menos los objetivos estéticos. Se atiende así un

principio básico de la comunicación que establece ir desde lo familiar hasta lo menos familiar y después hasta lo desconocido y de lo general hacia lo específico.

Algunos odontólogos tienen un enfoque completamente distinto y emplean una actitud fundamentalmente pedagógica. Con relativa despreocupación por los intereses del niño, sus preocupaciones y motivaciones le dirán simplemente: "Juanito, tu estás aquí para aprender a no chuparte el dedo. Yo estoy aquí para que dejes de hacerlo. De modo que comencemos".

Sin duda alguna, este método funcionará con el niño sumiso y complaciente, entrenado para hacer lo que se le dice y no formular preguntas.

Para la mayoría de los niños, este enfoque educativo será un anacronismo en una era en que lo que se acentúa es la importancia individual, la comprensión y el respeto por la persona.

Cuando lo que se trata de subrayar es la libertad personal nada debería fundamentarse sobre una aceptación tan ciega. Aunque la preparación del paciente para el tratamiento de la conducta pueda parecer a algunos demasiado prolongada y hasta innecesaria, si se lleva a cabo de manera correcta puede hacer aumentar la cooperación del niño de modo que el tratamiento sea más eficiente y efectivo.

5.5 Mecanismo de autocontrol

Estos procedimientos son los métodos utilizados para inducir a los pacientes a realizar sus propias modificaciones de conducta, de modo que sean capaces de supervisar la exactitud de sus ejercicios. Estos pueden ser

observados con la ayuda de espejos. El paciente dispondrá su tiempo de manera que pueda llevar a cabo con seguridad los ejercicios prescritos.

Para lograr que el niño cumpla bajo su propio control los ejercicios, se fijan determinados períodos para la práctica. Por ejemplo dedicar 15 minutos a los ejercicios para que se le permita salir a jugar. Otro intervalo de 15 minutos apropiado sería ante de la cena o antes de su programa favorito de televisión. En estas situaciones, el juego o la televisión sean usados como refuerzos positivos que se perderán si el niño deja de hacer la práctica.

El objetivo del procedimiento de autocontrol, en este caso, es conseguir que el niño se niegue a sí mismo la televisión o el juego hasta que sus ejercicios estén concluidos.

Periódicamente, el niño debe observar sus progresos y tanto un resultado positivo como un negativo servirán como estimulantes para aumentar sus esfuerzos, si percibe que el objetivo a cumplir es importante tanto para sí como para sus padres y el odontólogo.

**TERAPIA MIOFUNCIONAL Y
MECANICA**

CAPITULO VI

TERAPIA MIOFUNCIONAL Y MECÁNICA

Antes de indicar algún tipo de tratamiento, debemos observar los aspectos clínicos del problema, los cuales se pueden dividir en tres fases de desarrollo precisas, que son:

a. Fase I:

Succión del pulgar normal y subclínicamente significativa.

Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los 3 años, dependiendo del desarrollo social del niño. La mayoría de los infantes muestra una cierta cantidad de succión del pulgar, o de otros dedos, durante este período, sobre todo en el momento del destete. Comúnmente, la succión se resuelve en forma natural hacia el final de la Fase I. Sin embargo, si el infante muestra algunas tendencias al tipo "pulgar específico" de succión vigorosa, el enfoque debe ser definitivamente profiláctico por el posible daño oclusal.

El uso de un chupón de goma hacia el final de la Fase I es mucho menos perjudicial, al menos desde el punto de vista dentario, que la succión vigorosa repetida del pulgar.

b. Fase II:

Succión del pulgar clínicamente significativa.

La segunda fase se extiende aproximadamente desde los 3 a los 6 o 7 años. La succión practicada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones: (1) es una indicación de posible ansiedad

clínicamente significativa, y (2) es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Un programa firme y definido de corrección está indicado en esta época.

c. Fase III: Succión del pulgar intratable

Cualquier succión del pulgar que persiste después del cuarto año presenta al clínico un problema difícil, porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión. Un hábito de succión durante la Fase III requiere a menudo terapia odontológica y psicológica directas.

Está indicada la frecuente consulta entre el odontólogo y el psicólogo, o el médico para realizar un enfoque integrado. Cualquier hábito de succión del pulgar que persiste hasta la Fase III, seguramente no es más que un síntoma de un problema mayor que la maloclusión resultante.

La maloclusión en el desarrollo de la dentición, es la mayor complicación de la succión del pulgar. Usualmente se corrige espontáneamente, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad. Pero esta corrección espontánea puede ocasionar hábitos accesorios como proyección lingual, interposición labial y respiración bucal.

Algunos pacientes que muestran signos de respiración bucal, presentan flacidez labial, para prevenirla se debe cerrar la mordida.

La succión del pulgar en niños menores de 2 años no requiere tratamiento. De los 3 a 4 años de edad, la succión digital puede ser secundaria a cambios en el entorno emocional del niño, habrá que tratar el problema principal.

Si persiste el hábito después de los 6 años habrá que realizar otro tratamiento. El medio ambiente que rodea al niño, un refuerzo positivo y un instrumento dental son importantes aspectos en el tratamiento.

Ninguno de los numerosos abordajes correctores recomendados deberá ser considerado hasta que se obtenga una historia detallada intentando averiguar la causa. Se podrá determinar si el hábito se relaciona con algún problema de alimentación a edad temprana que continúa como hábito fútil, o bien si es adquirido por imitación o es el resultado de un problema emocional complejo.

Es sensato comenzar con una discusión del problema con el niño, sin el padre cerca. No usar amenazas ni avergonzarlo; es preferible un intento amistoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito. Muchos niños dirán que se chupan sus pulgares solamente cuando duermen, y también declaran que quieren librarse del hábito.

Si se consigue del niño una respuesta cooperadora y honesta, será bueno sugerirle que puede disponer de un recordatorio nocturno si es que en los dos o tres meses siguientes no puede manejar el problema solo.

Se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión.

También mostrarle el resultado del tratamiento para establecer en su mente lo que se puede lograr con ayuda del odontólogo.

Hay que ser amables porque puede no haber tenido nunca una conversación amistosa sobre el asunto. Dejarle con la idea que él va a hacer lo que pueda por sí mismo durante 2 o 3 meses, y que después discutirán la situación.

Se puede dar al niño una tarjeta con su nombre, para que anote cada mañana si el dedo fue chupado por la noche. Se trazan dos columnas SI y NO. Se hace una cita para que el niño regrese en dos semanas, o menos y traiga la tarjeta.

A medida que el niño entra en el período en que intenta controlar el hábito por sí mismo, hay que conversar con uno o ambos padres. Insistir en que ninguno debe discutir el problema con el niño ni debe ser un tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán del asunto entre ellos.

Como parte del tratamiento se puede utilizar la "técnica del espejo"; interrumpir al niño en sus juegos y ponerlo frente al espejo cinco o diez minutos para que vea lo mal que queda.

La "firma de un contrato"; previo al tratamiento, apelando a su sentido de responsabilidad. De su puño y letra "Desde hoy no debo chuparme el dedo".

También se puede actuar sobre los "hábitos secundarios". Finn relata el caso de una niña que dejó de chuparse el dedo después que la raparon y no pudo así seguir tironeándose el pelo simultáneamente.

La sugestión nocturnas. Cuando el niño está por dormirse, repetirle varias veces, con voz adecuada, que no debe chuparse el dedo porque... y va alguna explicación negativa.

Son todas formas con las que se pretende solucionar el problema favoreciendo la represión, actuando coercitivamente, sobre el Yo del niño.

6.1 SELECCION DE APARATOS

Los aparatos correctores de hábitos orales están indicados solamente cuando puede determinarse que el niño desea interrumpir el hábito y sólo necesita un recordatorio para poder realizar el esfuerzo. Si se usa un aparato, éste no debe producir dolor ni interferir con la oclusión; por el contrario, debe obrar simplemente como un recordatorio.

El uso indiscriminado de aparatos para supresión de hábitos, cuando éstos son el resultado de problemas emocionales profundos, puede producir una serie de reacciones indeseables. Se ha informado que la inserción de un aparato tipo "horquilla para heno" en tres niños no sólo fracasó en la detención del hábito de succión sino que centró la atención del niño en la succión. Además se observaron síntomas graves nuevos como terror nocturnos, mojarse durante el día, trastornos en el habla, rechazo de alimentos sólidos, agresividad e irritabilidad.

Antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para el hábito, hay que hacerse cinco preguntas:

1. **Comprensión del niño:** ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño que le ayuden?
2. **Cooperación paterna:** ¿Comprenden ambos padres lo que se está tratando de hacer, y han prometido cooperación total?
3. **Relación amistosa:** ¿Se ha establecido una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de este exista una situación de "recompensa", en vez de una sensación de "castigo"?
4. **Definición de la meta:** ¿Han elegido los padres del paciente y el odontólogo una "meta" definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?

5. Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?

También hay que considerar 3 factores importantes durante el tratamiento:

1. Pacientes con respiración oral deben referirse a un especialista para su evaluación.

2. Casos en los que exista incompetencia muscular deben referirse a un terapeuta de lenguaje antes de tratarlo.

3. Pacientes con hábito de proyección lingual como causa primaria, necesita recibir atención mioterapéutica para evitar recaer en el hábito después de que el aparato sea removido.

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser contruidos por el odontólogo. La mejor manera de clasificarlos es en instrumentos fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento.

Los niños de menos de 6 años, en quienes solo están presentes los dientes temporales, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmadurez del niño.

Un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo castigado, mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en períodos críticos como la noche.

La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva solo cuando él desea.

Este tipo de trampas pueden servir para:

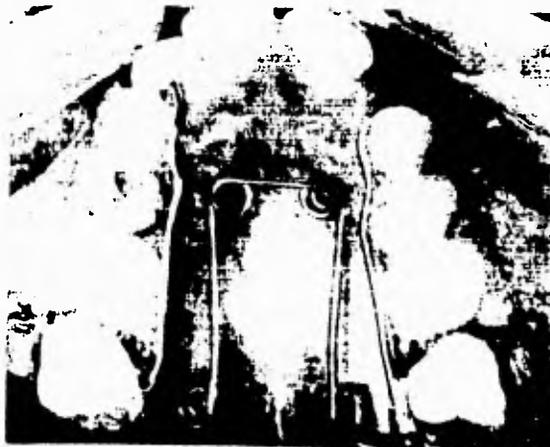
1. Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior
2. Distribuir la presión también a los dientes posteriores
3. Recordar al paciente que está entregándose a su hábito
4. Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

Dentro de los aparatos fijos encontramos dos tipos:

1. Quad helix
2. Trampa palatina

1. Quad helix

Es un aparato fijo y se emplea para expandir un arco superior colgado. Las hélices del aparato sirven para recordar al niño que no debe colocar el dedo en la boca; éste es un dispositivo versátil pues puede corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito digital.



2. Trampa palatina

Es un arco lingual fijo con puntas cortas soldadas en ubicaciones estratégicas para recordarle al pulgar que se mantenga afuera. Este aparato no es una interferencia mecánica para el pulgar ni debe tener la forma de una pantalla enorme. Debe estar bien adaptado, no impedir el funcionamiento bucal normal y contener suficientes puntas cortas, agudas, como leves señales aferentes de incomodidad, cada vez que se coloque el pulgar. Una señal de incomodidad, un dolor leve, recuerdan al sistema neuromuscular, aun cuando el niño esté dormido, que es mejor que el pulgar en entre.

El niño sabe que necesita ayuda para recordar al pulgar que quede afuera cuando no puede hacerlo, cuando está dormido.

Este aparato se emplea en casos sin mordida cruzada posterior; sin embargo, también puede utilizarse como retenedor luego de la expansión maxilar con un quad helix.

FABRICACION:

1. Se ajustan bandas en los primeros molares permanentes o en los segundos molares primarios.
2. Se dobla un arco lingual de alambre grueso (0.38 pulgadas) para que ajuste de manera pasiva en el paladar y se suelda a las bandas molares.
3. Se suelda más alambre sobre esta base a fin de formar una trampa.





Se aconseja elaborar al mismo tiempo un modelo inferior para poder construir el aparato sin interferir con la oclusión normal.

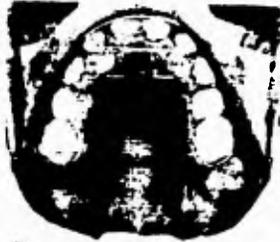
Durante los primeros días posteriores a la colocación del mismo pueden presentarse alteraciones en los patrones de alimentación, fonación y del sueño.

Estas dificultades disminuyen entre tres días y dos semanas. La higiene bucal es el problema principal con la trampa palatina. El dispositivo atrapa alimento y es difícil limpiarlo.

Dentro de los aparatos removibles tenemos:

Trampa con punzón

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño pueda succionarse el pulgar u otro dedo. La trampa consiste en un alambre engastado en una placa Hawley.



Estos aparatos deben permanecer seis meses en la boca. La trampa palatina impide de inmediato que el niño succione, pero exige otros seis meses de uso para extinguir el hábito.

El quad helix requiere seis meses de tratamiento; se necesitan 90 días para corregir la mordida cruzada y otros tantos para estabilizar el desplazamiento.

Es equivocado colocar cualquier aparato como primer paso del tratamiento, ya que la adaptación será muy difícil. El enfoque permisivo y más gradual comentado, es más fácil, lleva menos tiempo, requiere menos aparatos, y condiciona mejor las respuestas que el enfoque mecanicista tradicional.

En el caso de niños menores de 3 años en los que se desee eliminar el hábito, se puede colocar una venda elástica del codo al dedo, dejarla ahí de 20 a 30 días o utilizar protectores digitales.

6.2 SELECCIÓN DE EJERCICIOS Y ENTRENAMIENTO

Como la placa palatina es pasiva y el movimiento ortodóntico necesario para necesario para cerrar la mordida abierta es directamente por los músculos periorales, los labios son un factor determinante en el tiempo de la corrección.

Los ejercicios mioterapéuticos para los labios son una excelente ayuda en la corrección de la relación incisal, especialmente en niños con flacidez labial.

Los ejercicios para la lengua deben esperar hasta que la placa palatina sea removida.

Muchos de los casos se corrigen en 6 meses, otros hasta en 10 para evitar recaer en el hábito.

Antes de indicar un ejercicio específico y mandar al paciente a su casa, primero se prueba si lo puede hacer. Hay que tomar en consideración la capacidad del individuo para realizar ciertas actividades o ejercicios.

Por lo común, un paciente que presenta hábito de succión digital también presenta patrones de deglución atípica ya que la mordida abierta resultante en la región anterior, proporciona una vía perfecta de conveniencia a través de la cual la lengua puede proyectarse. Cuanto más persiste el hábito de succión, es más difícil que el patrón de deglución madure hacia lo normal. Para corregir esto necesita una terapia miofuncional. También es necesaria una rutina de ejercicios para aumentar la tonicidad en la musculatura labial.

EJERCICIOS

Ubicación de la lengua

Cuando el niño ya mantiene los dedos fuera de la boca por el uso de la trampa palatina, el trabajo siguiente consistirá en enseñarle a colocar la lengua en forma correcta, lo que puede conseguirse con el siguiente ejercicio, conocido como "posicionador de la lengua".

<p>1. Identificar la papila incisiva y las rugas palatinas en la zona de los dientes anterosuperiores. Permitir al paciente que la palpe.</p>
<p>2. Tratar de que el paciente, con su boca bien abierta, practique tocar con la lengua el punto situado detrás de sus dientes anterosuperiores.</p>
<p>3. Hacer que el paciente, con los labios separados y los dientes cerrados, degluta sosteniendo "la punta de la lengua" sobre la papila incisiva.</p>
<p>4. Colocar un espejo delante del paciente, el que tendrá los labios separados y los dientes posteriores en contacto. La punta de la lengua se vuelve a ubicar en el lugar antes mencionado. Se le pide que degluta sin proyectar su lengua hacia adelante.</p>

Este ejercicio dará al paciente una idea general acerca de la posición que deberá tener su lengua mientras deglute.



Desarrollo labial

Quando el niño presenta flacidez labial, necesita que los músculos orbiculares de los labios sean estirados y reforzados, de modo que los labios puedan permanecer cerrados sin tensión durante la deglución. Se usan dos ejercicios: el de tirar el labio para darles fuerza y el del labio sobre labio para alargarlos.

Tirar el labio

La fuerza de los músculos orbiculares de los labios debe probarse primero atando un botón de unos 6 mm de diámetro a un hilo dental. En el extremo opuesto de la cinta se hace un pequeño ojal. El botón se coloca entre los labios del paciente y sus dientes anteriores. Se ejerce una tracción hasta que el botón salga de la boca y con esto se mide la fuerza de los labios.

El ejercicio consiste en lo siguiente: se utilizan dos botones de aproximadamente 6mm de diámetro. Se ata cada botón a un extremo de un

trozo de hilo dental de 1.20 a 1.50m de longitud. El paciente con los labios debilitados coloca entonces el botón entre sus labios y los dientes. Otra persona, que tenga labios normales, se coloca el otro botón entre sus labios y dientes y tratan de sacar el botón de la boca del paciente, acción que éste trata de resistir. Esto desarrollará los músculos orbiculares de sus labios. Cada tracción se considera un ejercicio. Al cabo de varias semanas de práctica se volverá a medir la fuerza de los labios.



Ejercicio de labio sobre labio.

Se utiliza para estirar los labios. Para hacerlo con el labio superior, el paciente lo estira hasta hacerlo bajar sobre sus dientes superiores. Luego lo sostiene en esa posición con el labio opuesto mientras cuenta hasta 10. Para estirar el labio inferior se utiliza el procedimiento inverso.

Número y frecuencia de repetición de los ejercicios

La cantidad de repeticiones de cada ejercicio dependerá del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y su capacidad de atención. Cuanto más joven, menos atento y más inquieto sea el niño, menor cantidad de repeticiones se prescribirán.

Cada unidad de práctica consistirá en 10 repeticiones. Para comenzar, será suficiente con una unidad, que se aumentara gradualmente hasta totalizar diez a medida que el paciente desarrolla la habilidad. La frecuencia del ejercicio reviste importancia porque cuanto más veces se repita más atención exigirá del paciente durante el día, y con suerte durante la noche.

El tiempo de práctica, que depende del niño, debe variar desde no menos de 5 minutos por sesión hasta no más de 30 minutos. El tiempo diario total dedicado durante todo el tratamiento no debe exceder los 60 minutos. Treinta minutos es una cifra más realista.

Registros y supervisión del tiempo de práctica

El paciente y el padre deben compartir la responsabilidad de registrar la frecuencia y la duración del tiempo de práctica, lo que puede hacerse en fichas que ayuden a controlarlas. Si ni el paciente ni el padre es capaz de dedicar por lo menos 30 minutos por día a una práctica dividida en varias sesiones, el tratamiento no tendrá éxito.

Se ha demostrado que la terapia miofuncional es una modalidad terapéutica excelente en el tratamiento de mordidas abiertas y protrusiones mandibulares anteriores, sobre todo en niños entre 3 y 6 años, cuando el sistema estomatognático esta en un desarrollo importante.

Esta terapia provee el ejercicio necesario para oxigenar y habilitar a los músculos del sistema estomatognático.

En niños de tres años esta terapia es muy útil ya que el hueso joven es muy susceptible a las influencias que lo rodean tanto buenas como malas y el hábito de succión puede ser completamente nulificado con la terapia miofuncional.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En el transcurso de la elaboración de este trabajo pude observar que el hábito de succión digital no tiene una etiología bien definida ya que como mencioné se puede iniciar por trastornos emocionales en el niño como una respuesta a su inseguridad, hasta por problemas a nivel de socialización con sus padres y el ambiente en el que se desenvuelve. Por lo tanto es necesario que el tratamiento que sea elegido se lleve a cabo con la colaboración del niño y sus padres.

Pero lo más importante no es trabajar sobre el niño sino con el niño, para lograrlo es necesario comprender la conducta de éste; conocer su mundo; su manera de pensar para poder comunicarnos con él y la habilidad que desarrolla a lo largo de su infancia para saber hasta dónde puede ser capaz de colaborar en el tratamiento.

Es necesario que el niño vea al odontólogo como su amigo y que en caso de utilizar aparatos, no los vea como castigos.

Como se observó, en caso de necesitarlo se puede tener una interconsulta con el psicólogo o psiquiatra para lograr la eliminación del hábito, y no solo enfocarnos en el problema oclusal.

BIBLIOGRAFÍA

BAKWIN, Harry; MORRIS Bakwin, Ruth

Desarrollo psicológico del niño normal y patológico

Ed. Interamericana, México, 1974

cap. 51 p.p. 452-453

BARBER, Thomas K; LUKE, Larry S.

Odontología Pediátrica

Ed. El Manual Moderno, México, 1985

cap. 11 p.p. 263-266

BARNETT, Edward M.

Terapia Oclusal en Odontopediatría

Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1978

cap. 3 p.p. 86

cap. 10 p.p. 180-213

BERNAL DEL RIESGO, Alfonso

Errores en la crianza de los niños

Ed. El Caballito, México, 1976

p.p. 23-25

BOURKE, Kevin

The effects of the MYO appliance in children with malocclusions of the primary dentition

The Journal of Clinical Pediatric Dentistry

Vol. 15, Number 2/1991 p.p. 90-93

DA SILVA FILHU, Omar Gabriel; GOMES GONCLAVES, Rejone Maria; AJALMAR MAIA, Francisco

Sucking habits: Clinical management in dentistry

The Journal of Clinical Pediatric Dentistry

Vol. 15, Number 3/1991 p.p. 137-156

FINN, Sidney B.

Odontología Pediátrica

Nueva Editorial Interamericana, México, 1976

cap. 25 p.p. 311-315

GESELL, Arnold; ILG, Frances L; BATES AMES, Louise

El Adolescente de diez a dieciséis años

Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980

cap. 4 p.p. 65-68

cap. 5 p.p. 114-115

cap. 6 p.p. 134-136

GESELL, Arnoldi; ILG, Frances; BATES AMES, Louise; et al.

El niño de 1 a 5 años

Ed. Paidós, Barcelona, 1985

cap. 2 p.p. 40-41

HEPPER, Pg.; SHAHIDULLAH, S.; WHITE, R.

Handedness in the human fetus

Journal of Neuropsychologia

Vol. 29, Number 11/1991 p.p. 1107-1111

HOGEBROOM EDDY, Floydz

Odontología infantil e higiene odontológica

Ed. Hispano Americana, México, 1958

cap. 15 p.p. 220-222

LEUNG, AK; ROBSON, WL

Thumb Sucking

Journal of American Family Physician

Vol. 44, Number 5/1991 p.p. 1724-1728

LEYT, Samuel

El niño en la odontología (odontología pediátrica)

Ed. Mundi, Buenos Aires, 1986

cap. 14 p.p. 324-349

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Libro para el maestro. Sexto grado

S.E.P., México, 1982

p.p. 12-15

Libro para el maestro. Tercer grado

S.E.P., México, 1982

p.p. 11-13

MAGNUSON O, Bengt; KOCK, Goren; POULSEN, Suen

Odontopediatría, enfoque sistémico

Ed. Salvat, Barcelona, 1985

cap. 12 p.p. 245-247

MATHEWSON, Richard J.; PRIMOSCH, Robert E.; ROBERTSON, Dean

Fundamentals of Pediatric Dentistry

Quintessence publishing Co., Chicago, 1987

cap. 22 p.p. 366-368

MC. DONALD, Ralph E; AVERY, David R.

Odontología pediátrica y del adolescente

Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1990

cap. 28 p.p. 727-730

MOYERS, Robert E.

Manual de Ortodoncia para el estudiante y el odontólogo general

Ed. Mundi, Buenos Aires, 1976

cap. 7 p.p. 252-257

cap. 9 p.p. 308-311

cap. 12 p.p. 730-735

PARNET, Paule; GONNET, Claude

Escolares con problemas

Ed. Planeta, Barcelona, 1978

cap. 3 p.p. 56

PEREIRA DE GOMEZ, María Nieves

La percepción familiar del niño

Ed. Trillas, México, 1981

cap. 1. p.p. 20-22

PIAGET, Jean

Psicología y pedagogía

Ed. Ariel, México, 1981

cap. 1 p.p. 9-21

PINKHAM, J.R.; CASAMASSIMOS, Paul S.

Odontología pediátrica

Ed. Interamericana, México, 1991

cap. 25 p.p. 311-315

S.E.P.

Guía técnico pedagógica. El maestro y el desarrollo del niño

México, 1993

cap. 1. p.p. 12-23

SHAFII, Mohammad; SHAFFI, Sharon

Desarrollo humano. Crecimiento normal y trastornos emocionales en la infancia, niñez y adolescencia

Ed. El Ateneo, Argentina, 1982

p.p. 18

SIM, Joshep M.

Movimientos dentarios menores en niños

Ed. Mundi, Buenos Aires, 1980

SMIRNOFF, Victor

El psicoanálisis del niño

Ed. Paidea, Barcelona, 1977

cap. 3 p.p. 93-94

WOLF, Aw; LOZOF, B.

Object attachment, thumbsucking, and the passage to sleep

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

Vol. 28 Number 2/1989

p.p. 287-292