

147
219



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

APARATOLOGIA EN INFANTIL

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

ANA ROSA CHAVEZ RAMIREZ

México, D. F.

14631

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

P R O L O G O

En el siguiente trabajo procuro enfatizar - la importancia que para el Cirujano Dentista de - práctica general, tiene la observación de la conducta tanto de los niños, así como de los padres - dentro del consultorio. Siendo esto fundamental - entre el Odontólogo y su pequeño paciente.

Lo que me motivó a elaborar este estudio, - fué la experiencia que obtuve durante mi formación profesional y en la práctica dentro del consultorio dental, en donde me dí cuenta de los trascendental que es el conocimiento de los niños, para - hacerlos que tengan interés y nos ayuden a sus tratamientos dentales.

----- o -----

I N D I C E

TEMA I

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

- a) Función de los dientes primarios.
- b) Ciclo de vida de los dientes primarios.
- c) Erupción dental.
- d) Diferencias morfológicas entre denticiones.
- e) Morfología de los dientes primarios.

TEMA II

1.- PSICOLOGIA INFANTIL

- a) Naturaleza del miedo.
- b) Valor del miedo.
- c) Tipos de miedo.
- d) Miedo y Crecimiento.
- e) Relaciones interpersonales.
- f) Comportamientos Extremos de los Padres.
- g) Comportamiento de los padres en el consultorio.
- h) Instrucciones a los padres.

2.- MANEJO DE LOS NIÑOS EN EL CONSULTORIO.

- i) Técnicas de Reacondicionamiento
- j) Momento y duración de la visita.
- k) Conocimiento del paciente.
- l) Atenciones al paciente.
- m) Uso de palabras que inspiran miedo.

- n) Uso de palabras de admiración, halagos - sutiles, alabanzas, recompensas y sobornos.

TEMA III

PROTESIS REMOVIBLE EN NIÑOS

- a) Requisitos que debe de tener una protesis removible en niños.
- b) Diseño de la prótesis removible.
- c) Procedimiento para la elaboración de una prótesis removible.
- d) Consideraciones especiales para prótesis removible.
- e) Colocación de la prótesis.

TEMA IV

HABITOS BUCALES

- a) Reflejo de succión.
- b) Hábitos bucales no compulsivos
- c) Hábitos bucales compulsivos
- d) Métodos Psicológicos utilizados en niños
- e) Métodos de adiestramiento extrabucales.
- f) Uso de aparatos para eliminar hábitos no civos.
- g) Efectos dentales de chuparse el dedo a - largo plazo.
- h) Succión labial.
- i) Empuje lingual.

- j) Empuje de frenillo
- k) Mordeduras de uñas
- l) Hábitos de postura.
- m) Hábitos masoquistas.
- n) Respiración por la boca.
- ñ) Bruxismo.

TEMA V

APARATOS EN NIÑOS.

1.- MANTENEDORES DE ESPACIO

- a) Indicaciones para mantenedores de espacio.
- b) Elección de mantenedores de espacio.
- c) Construcción de mantenedores de espacio sin bandas.
- d) Mantenedores de espacio con bandas.

2.- MORDIDA CRUZADA..

- a) Mordidas cruzadas posteriores.
- b) Mordidas cruzadas anteriores.
- c) La espátula lingual como palanca
- d) El plano inclinado.
- e) Corona de Acero.

3.- TRAMPA LINGUAL

- a) Trampa de lups verticales
- b) Trampa con rastrillo.

4.- PROTECTOR BUCAL**5.- APARATO PARA BRUXISMO****CONCLUSIONES****BIBLIOGRAFIA**

TEMA I

MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Los dientes primarios son 20 y constan de:--
Incisivo central, incisivo lateral, canino, primer-
molar, segundo molar en cada cuadrante de la boca-
desde la línea media hacia atrás.

Los dientes permanentes son 32 y constan de:
Incisivos centrales sucedáneos, incisivos laterales
y canino que remplazan a dientes primarios simila-
res; los primeros premolares y segundos premolares-
que reemplazan a los primeros molares primarios; -
los primeros, segundos y tercer molar que no despla-
zan piezas primarias, sino que hacen erupción en po-
sición posterior a ellos.

a) FUNCION DE LOS DIENTES PRIMARIOS

Principalmente los dientes primarios se uti-
lizan para la preparación mecánica del alimento, -
para digerir y asimilar durante uno de los períodos
más activos del crecimiento y desarrollo, realizan-
funciones muy importantes y críticas. La principal-
función que tienen los dientes priarios es la de -
mantener el espacio en los arcos dentales para los-
dientes permanentes. Los dientes primarios también
tienen la función de estimular el crecimiento de la
mandíbula por medio de la masticación, en el desa-
rrollo de la altura de los arcos dentales.

Los dientes priamrios tienen una importancia
en el desarrollo de la fonación, estos dientes dan-
la capacidad para pronunciar.

La pérdida temprana y accidental de estos dientes primarios anteriores pueden dar al niño dificultades para pronunciar los sonidos "f", "v", "s" y "z". Este problema puede seguir después de que - han hecho erupción los dientes permanentes, hasta -- el punto de requerir corrección. En la mayoría de los casos esto se corrige cuando erupcionan los incisivos permanentes. Otro de los problemas de fonación en el niño es cuando está conciente de sus - dientes desfigurados, esto hace que al hablar no ha bra la boca lo suficiente.

b) CICLO DE VIDA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

Todos los dientes primarios y permanentes, - al llegar a la madurez morfológica y funcional, evolucionan en un ciclo de vida característico, que - son unos puntos de observación de un proceso fisiológico en evolución.

Estas etapas de desarrollo son:

- 1.- Crecimiento
- 2.- Calcificación.
- 3.- Erupción.
- 4.- Atrición.
- 5,- Resorción y exfoliación (dientes primarios)

Las etapas de crecimiento pueden seguir dividiéndose en:

- a) Iniciación
- b) Proliferación.
- c) Diferenciación histológica.
- d) Diferenciación morfológica
- e) Aposición.

La exfoliación y resorción de los dientes primarios está en relación con su desarrollo fisiológico. La resorción de la raíz empieza generalmente un año después de su erupción.

Existe una relación de tiempo directa entre la pérdida de un diente primario y la erupción de el diente permanente, este intervalo de tiempo puede alterarse por extracciones previas.

Existe una gran variación en tiempo desde el momento en que un diente atraviesa el tejido gingival hasta que se llega a oclusión. Parece que los caninos son los que se tardan más en llegar a ocluir, en cambio los primeros molares llegan a la oclusión en un período de tiempo muy corto.

Cuadro 1. Edades en las que el 50% de los dientes primarios especificados se pierden

EDAD (años)	MAXILAR	MANDIBULA
6		Incisivos centrales
7	incisivos centrales	Incisivos laterales
8	incisivos laterales	
9	Primeros molares	Primeros molares
10		Caninos
		Segundos molares
11	Caninos Segundos molares	

Cuadro 2. Tiempo que tardan en hacer erupción los dientes permanentes desde el momento de atravesar la encía hasta la oclusión

DIENTES	Número de Casos	PORCENTAJE DE DIENTES POR MES		
		0-6	7-12	12 y más
<u>1</u>	72	15	67	18
1	56	29	57	14
<u>2</u>	83	27	54	19
2	78	9	59	32
<u>3</u>	43	2	40	58
3	58	12	52	36
<u>4</u>	65	31	45	24
4	61	26	46	28
<u>5</u>	56	63	37	0
5	60	64	33	3
<u>6</u>	66	44	47	9
6	67	52	40	8
<u>7</u>	75	57	37	6
7	72	21	47	32

Parfitt.

c) ERUPCION DENTAL.

El orden de erupción en la dentadura primaria es el siguiente:

Primero los incisivos centrales, seguidos - en este orden, por los incisivos laterales, primeros molares, caninos y segundos molares. Los dientes mandibulares preceden a los maxilares.

Se considera generalmente el siguiente momento de erupción:

6 meses para los centrales primarios maxilares, 7 a 8 meses para los laterales primarios mandibulares, y 8 ó 9 meses para los laterales primarios maxilares. Al año, aproximadamente, hacen erupción los primeros molares primarios. A los 16 meses, aproximadamente, aparecen los caninos primarios. Los segundos molares primarios erupcionan a los dos años aproximadamente.

Tres o cuatro meses de diferencia, en cualquier sentido, no implican necesariamente que el niño presente erupción anormal, tampoco es raro el caso de niños que nacen con algún diente ya erupcionado.

El primer diente permanente en hacer erupción es generalmente el primer molar permanente mandibular, a los 6 años aproximadamente, con frecuencia el incisivo central permanente puede aparecer al mismo tiempo, o incluso antes. Los incisivos laterales mandibulares pueden hacer erupción antes que todos los dientes maxilares permanentes.

Entre los 6 y 7 años, hace erupción el primer molar superior, seguido del incisivo central superior, entre los 7 y 8 años. Los incisivos laterales superiores hacen su erupción entre los 8 y 9 años.

El canino inferior hace erupción entre los 9 y 11 años seguido del primer premolar, el segundo premolar y el segundo molar.

El primer premolar superior hace erupción entre los 10 y 11 años, el canino superior erupciona entre los 11 y 12 años de edad. El segundo premolar superior aparece, ya sea al mismo tiempo que el canino o después de él. El segundo molar superior aparece a los 12 años de edad.

Las variaciones de este patrón pueden constituir un factor que ocasione ciertos tipos de maloclusiones.

Cuadro 3. Edades en las que el 50% de los dientes permanentes hacen erupción.

EDAD (años)	MAXILAR	MANDIBULA
6	Primer molar	Incisivos centrales Primer molar
7	Incisivo Central	
8	Incisivo Lateral	Incisivo lateral
9		
10	Primer premolar	Primer Premolar Segundo Premolar
11	Canino Segundo Premolar	Canino Segundo molar
12	Segundo molar	

Parfitt.

d) DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE DENTICIONES.

Las diferencias morfológicas entre las denticiones primaria y permanente son en su diseño en general tanto externo e interno. Estas diferencias pueden enumerarse como sigue.

1.- Los dientes primarios, en todas dimensiones son más pequeñas que las permanentes correspondientes.

2 - Las coronas de los dientes primarios son más anchos en su diámetro mesiodistal en relación con su altura cervico-oclusal, dando a los dientes anteriores aspecto de copa y a los molares aspecto más aplanado

Los surcos cervicales son más pronunciados, sobre todo en el aspecto bucal de los primeros molares primarios.

4.-Las superficies vestibulares y linguales de los molares primarios son más planas en cervical - que en los molares permanentes

5.- Las superficies vestibulares y linguales de los molares, sobre todo de los primeros molares convergen hacia la superficie oclusal, de manera - que el diámetro vestibulolingual de la superficie oclusal es mucho menor que el diámetro cervical.

6.- Los dientes primarios tienen un cuello - mucho más estrecho que los molares permanentes.

7.- En los primeros molares la copa de esmalte termina en un borde definido, en vez de ir desvaneciéndose hasta llegar a ser de un filo de pluma, como ocurre en los molares permanentes.

8.- La copa de esmalte es más delgada, y tiene profundidad más consistente, teniendo en toda la corona aproximadamente 1 mm de espesor.

9.- Las varillas de esmalte en el cervix se inclinan oclusalmente, en vez de orientarse gingivalmente como en los dientes permanentes.

10.- En los dientes primarios hay en comparación menos estructura dental para proteger pulpa.

11.- Los cuernos pulpares están más altos en los molares primarios, sobre todo los cuernos mesiales, y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores.

12.- Existe un espesor de dentina comparablemente mayor sobre la pared pulpar en la fosa oclusal de los molares primarios.

13.- Las raíces de los dientes anteriores primarios son mesiodistalmente más estrechos que los anteriores permanentes. Esto, junto con el cervix notablemente estrechado y los bordes de esmalte prominentes, da la imagen característica de la corona que se ajusta sobre la raíz como la copa de una bellota.

14.- Las raíces de los dientes primarios son más largas y más delgadas, en relación con el tamaño de la corona, que las de los dientes permanen-

tes.

15.- Las raíces de los molares primarios se expanden hacia afuera más cerca del cérnix que las de los dientes permanentes.

16.- Las raíces de los molares primarios se expanden más, a medida que se acercan a los ápices que las de los molares permanentes. Esto permite el lugar necesario para el desarrollo de los confines de estas raíces.

17.- Los dientes primarios generalmente tienen un color más claro.

e) MORFOLOGIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

CENTRALES Y LATERALES SUPERIORES

Denominados con las letras A y B.

Son una réplica en miniatura de el central- y lateral superiores permanentes. La corona es - más ancha que larga con terminación brusca del esmalte en el cuello del diente condición importante para preparación de dientes para una corona.

Tienen raíz única y recta y en vista proximal tienen forma de bayoneta.

La cavidad pulpar, tiene tres proyecciones- en su borde incisal. La cámara se adelgaza cervicalmente. El canal pulpar y la cámara pulpar son - relativamente grandes.

CENTRALES Y LATERALES INFERIORES.

Denominados con las mismas letras que los - superiores, A y B.

Son pequeños y delgados en forma de cincel, el lateral es más ancho que el central.

La raíz del central está algo aplanada en - sus aspectos mesial y distal y se adelgaza hacia - el ápice. La raíz del incisivo lateral es más larga y también se adelgaza hacia el ápice.

La cavidad pulpar sigue el contorno de la superficie de los dientes.

CANINO SUPERIOR

Denominado con la letra C.

Al igual que los caninos permanentes, los primeros son mayores que los incisivos centrales laterales.

Su corona tiene forma pentagonal, con el brazo mesial más largo que el distal, condición que lo diferencia del permanente ya que es al revés. En la superficie lingual existe un borde lingual que se extiende del centro de la punta de la cúspide lingualmente, atravesando la superficie lingual y separando los surcos o depresiones de desarrollo.

La raíz, es larga, ancha y ligeramente aplana en sus superficies mesial y distal. Sin embargo, la raíz se adelgaza, y el ápice del diente es redondeado.

La cavidad pulpar va por la superficie general del contorno de la superficie general del diente. La cámara pulpar sigue de cerca el contorno externo del diente. El cuerno central pulpar se proyecta incisalmente. El canal se adelgaza a medida que se acerca al ápice.

CANINO INFERIOR

Denominado con la letra C.

Tiene la misma forma general que el canino-superior. Pero no es tan bulboso.

La raíz es igual que en el superior.

La cámara pulpar también es igual.

PRIMER MOLAR SUPERIOR

Denominado con la letra D.

La cara oclusal tiene forma pentagonal, tiene cuatro cúspides; tres vestibulares: mesio-bucal, centro-bucal y disto-bucal. Y una palatina. Está cruzada por un surco mesio-distal formando tres fosetas; mesial, central y distal.

Tiene tres raíces; dos vestibulares; mesio-bucal y disto-bucal. Y una palatina. La raíz lingual es más larga, y diverge en dirección lingual. Son delgadas en forma aplanadas y tienen forma de gancho, esto es para alojar al germen del primer pre-molar. La raíz más pequeña es la disto-bucal.

La cámara pulpar sigue la unión amelo-dentaria. Tiene cuatro cuernos que corresponden a las cúspides, el más grande es el mesio-bucal.

Tiene tres conductos radiculares que son -

irregulares.

PRIMER MOLAR INFERIOR

Denominado con la letra D

Tiene anatomía propia ya que su forma difiere considerablemente de los otros dientes primarios, y de cualquiera de los molares permanentes. La característica mayor que lo diferencia es su borde marginal mesial por su exceso de desarrollo. Este borde se parece algo a una quinta cúspide.

Su cara oclusal tiene forma rectangular. Tiene cuatro cúspides; dos vestibulares; mesio-bucal, disto-bucal dos linguales: mesio-lingual y disto-lingual. Las cúspides mesiales se juntan mucho y dan lugar a una cresta de esmalte. La cúspide de mesio-bucal es la mayor y más larga.

Su cara oclusal parece un número ocho inclinado a un lado.

Tiene dos raíces, una mesial y otra distal. Son delgadas y se ensanchan cuando se acercan al apice, esto es para permitir que se desarrolle el germen del primer premolar.

La cavidad pulpar contiene una cámara pulpar que sigue de cerca el contorno de la superficie de la corona. La cámara pulpar tiene cuatro cuernos pulpares, el más alto es el mesio-bucal.

Existen tres cuernos pulpares.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

Denominado con la letra E.

Es similar al permanente pero menos en tamaño. Su cara oclusal es en forma cuadrada. Tiene cuatro cúspides dos vestibulares: mesio-bucal y -disto-bucal. Y dos palatinas; mesio palatina y -disto-palatina. A veces se forma una quinta cúspide que se aloja en la cúspide mesio-lingual que se denomina con el nombre de tuberculo de Caravely.

Tiene la característica de estar recorrido por una cresta transversal, que va de la cúspide mesio-palatina a la disto-bucal,

Tiene tres raíces: dos vestibulares; mesio bucal y disto-bucal, y una palatina.

Tien cuatro cuernos pulpares, el más grande es el mesio-bucal, tiene un cuerno accesorio para el tubérculo de Caravely. Tiene tres conductos radiculares uno para cada raíz.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR

Denominado con la letra E.

Es muy parecido al primer molar permanente, la cara Oclusal tiene forma trapesoidal, con cinco cúspides; tres vestibulares: mesio-bucal, centro bucal y disto-bucal. Y dos linguales: mesio-lingual y disto-lingual. Está recorrida por un surco-

mesio-distal que forma tres fosetas: mesial, central y distal. La foseta central es la más profunda.

Tiene dos raíces una mesial y otra distal y tienen forma de gancho para alojar el germen del segundo pre-molar.

La cámara pulpar tiene cinco cuernos que van de cerca a la superficie del molar.

Tiene tres conductos radiculares dos en la raíz mesial y uno en la raíz distal.

TEMA II

PSICOLOGIA INFANTIL.

En cualquier situación, la forma en que se comporta un niño es causa de su herencia física y mental, y a medida que crece, tiene un acondicionamiento que recibe por el medio ambiente. La herencia no se puede alterar. El comportamiento con secuencia del medio si se puede alterar; se puede controlar y desarrollar de tal manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien encajada. Uno de los ajustes que tienen que hacer todos los niños es desarrollar un modelo de comportamiento que se pueda aceptar socialmente y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas.

El acondicionamiento emocional al igual que otras experiencias que van formando al niño, se formarán principalmente en la casa y por sus padres.

Una de sus necesidades físicas puede ser un tratamiento dental y el dentista deberá obtener del niño total cooperación para poder tratarlo odontológicamente, deberá comprender el tipo emocional del niño y de sus padres.

Es responsabilidad del dentista el tener un manejo adecuado de los niños en el consultorio. Si los niños llegan al consultorio por primera vez con exceso de miedo y espíritu no cooperativo, entonces la falla puede ser de los padres, ya que es tos tienen la responsabilidad de inculcar a sus hijos actitudes positivas hacia la odontología.

El dentista tendrá que asegurarse de que los padres están totalmente informados sobre los fundamentos básicos de psicología infantil.

Si se quiere tener buenos pacientes infantiles, tendremos que educar a los padres, ya que si no se hace así el dentista no está usando los medios disponibles para el manejo de el niño.

Antes de que el dentista aconseje a los padres sobre la preparación psicológica del niño, debe comprender, la naturaleza del miedo y como la actitud de los padres pueden modificar tipos de comportamiento, de la formación de personalidad y como se desarrollan ansiedades. El dentista deberá de tener tacto para transmitir esta información a los padres de manera profesional y adecuadamente.

Las ansiedades que experimentamos en la madurez se originaron en la infancia. En los adultos, los miedos y las ansiedades tienen mayor duración y se encuentran generalmente latentes y escondidos. Sin embargo existen fobias marcadas de los adultos hacia los tratamientos dentales, y por esta causa un sector de nuestra población evite tratamientos odontológicos.

a) NATURALEZA DEL MIEDO.

El miedo es para el dentista el principal problema para el manejo de el niño en el consultorio.

El miedo es una de las primeras emociones y

que se experimentan después del nacimiento. El lactante no está conciente de la naturaleza del estímulo que produce miedo. A medida que crece el niño, aumenta de capacidad mental y toma conciencia de lo que le produce miedo y puede identificarlos individualmente. El niño si no puede resolver su miedo va a tratar de huir.

Y si le es imposible huir, se intensificará su miedo. El miedo y la ira son respuestas primitivas que se desarrollan para proteger al individuo contra daños y la destrucción propia.

La estimulación emocional se descarga por medio del sistema nervioso autónomo a través del hipotálamo y necesita muy poca integración cortical.

En el hombre las descargas del hipotálamo pueden ser modificadas por interferencias corticales, de tal manera se pueden controlar hasta cierto grado las emociones a través de racionalización y determinación.

En los niños demasiado jóvenes para racionalizar mucho, el comportamiento de estos será difícil de controlar. El niño se comporta de forma primitiva al tratar de luchar con la situación o huir de ella, cuando no puede, aumenta su miedo, y la comunicación con el dentista puede hacerse muy difícil. Incluso con niños de más edad, ocurre una situación en la que el miedo no los deja razonar claramente. Generalmente a medida que aumenta la edad del niño, estas respuestas puedan ser cada vez más controladas por la corteza a través del razonamiento.

b).- VALOR DEL MIEDO.

Cuando el miedo es dirigido y controlado -- es muy valiosos. Si el niño no tiene castigos o - desaprobarción de sus padres, su comportamiento pue de volverse una amenaza para la sociedad y puede - incluso llevarlo a problemas muy fuertes. La edu- cación que los padres deberán darle al niño no debe tender a eliminar el miedo, sino a canalizarlo ha- cia los peligros que realmente existen, y evitarlo en situaciones donde no existe el peligro. De es- ta manera, el miedo servirá de mecanismo protector contra peligros reales y evitará en el niño compor- tamientos antisociales.

Debe enseñarsele al niño que el consultorio- dental no tiene por que inspirar miedo. Llevar al- niño al dentista no deberá nunca implicar castigo- de parte de los padres. Si el dentista se gana el aprecio del niño, el miedo a perder su aprobación- puede motivarlo para aceptar la disciplina del con- sultorio.

c).- TIPOS DE MIEDO.

Estos temores han sido adquiridos por el ni- ño objetiva o subjetivamente.

TEMORES OBJETIVOS.- Estos son los produci-- dos por estimulación física directa de los organos sensoriales y generalmente no son de origen pater- no. Estos temores objetivos son reacciones a estí- mulos que se sienten, ven, oyen, huelen o saborean, y- son de naturaleza desagradables.

Es muy difícil que un niño que ha tenido -

contacto con un dentista y se le ha maltratado, - por fuerza desarrollará miedo a los tratamientos - dentales en el futuro. Es muy difícil que el niño que se le ha tratado de esta manera acuda al dentista por su propia voluntad. Cuando los padres - lo hacen volver, el dentista debe de estar conciente de su estado emocional y proceder de tal manera para que el niño vuelva a tener confianza en el - dentista y en los tratamientos odontológicos.

Los temores objetivos también pueden ser de naturaleza asociativa, ejemplo: Un niño que ha sido manejado deficientemente en un hospital, o que le han hecho sufrir un dolor fuerte por personas - de uniforme blanco, desarrolla un miedo intenso - por los uniformes similares del dentista. Un día de doloroso puede asociar dolor con odontología y puede causar aprensión hacia la vista dental. El miedo puede hacer descender el umbral de el dolor, de tal manera que cualquier molestia producida durante el tratamiento, es aumentado y lleva aprensiones todavía mayores.

TEMORES SUBJETIVOS.- Estos temores están - basados en sentimientos y actitudes que le han dicho al niño las personas que le rodean, sin que el niño las haya experimentado personalmente. Los niños son muy sensibles a la sugestión. La imagen - mental que produce miedo permanece en la mente del niño, esta imagen se agranda y se vuelve imponente. En niños como en adultos, lo que más temor induce es oír hablar a padres o a amigos de experiencias desagradables en el consultorio dental. - Los niños tienen un miedo intenso a lo desconocido, esto se quitará hasta que obtengan pruebas de que su bienestar no se ve amenazado por ella. Es

de mucha importancia que los padres informen al niño sobre lo que pueden esperar de un consultorio dental, ningún padre deberá decirle a sus hijos que va a experimentar dolores intensos pero tampoco debe mentirle sobre las molestias de la odontología.

Estos temores subjetivos también pueden experimentarse por imitación. Un niño que observa temores en otros, pueden adquirir ese miedo hacia el mismo objeto y sentirlo tan genuino como el que lo está sintiendo. Esto es principalmente si el miedo es observado en los padres, porque los niños frecuentemente se identifican con los padres, si el padre está triste, el niño se siente igual; si el padre demuestra miedo, el niño estará temeroso. La ansiedad del niño y su comportamiento claramente negativo están intimamente relacionados con ansiedades de los padres.

Los temores por imitación pueden transmitirse sutilmente, ya que el padre puede hacer muestra de ello y el niño lo adquiere, esto se hace sin que ninguno de los dos se de cuenta, estos temores ocurren regularmente y son difíciles de eliminar. Una ansiedad que se refleja en el rostro del padre, impresiona más al niño que una sugerencia verbal. Es fácil darse cuenta de que incluso un gesto como apretar fuertemente la mano del niño en el consultorio dental es un gesto de aliento y lo que significa puede ser suficiente para que el niño sospeche y empiece a sentir miedo. Mientras más tiempo subsistan los temores subjetivos en la mente, más se irán agrandando, por lo tanto, estos temores pueden ser más intensos y no guardan pro-

porción en el miedo objetivo que hubiera producido la experiencia en sí.

Los miedos subjetivos a dolores de tratamientos dentales no están basados en ninguna experiencia real y personal, este miedo no encontrará límites. En la mayoría de los niños el miedo es subjetivo, no consecuencia de tratamientos dentales anteriores.

A medida que se desarrollan las capacidades imaginativas el niño, los medios imaginarios se vuelven más intensos. Los temores imaginarios como consiguiente, aumentarán con la edad y el desarrollo mental, hasta cierta edad en que la razón prueba que no tienen fundamento.

d.- MIEDO Y CRECIMIENTO.-

Los temores de un niño y la manera en que los maneja cambian con la edad, el comportamiento emocional, como cualquier otro comportamiento, sufre un proceso de maduración que depende de el crecimiento total de individuo.

El padre y el dentista deben de estar conscientes de estas variaciones con la edad, y poder interpretar todas las variaciones a estímulos considerando la edad emocional, mental y cronológica del niño

Esto es porque el momento adecuado para que el niño acuda al dentista es de entre los dos y tres años.

Los primeros temores que el niño asocia con la odontología son los producidos por lo inesperado y lo desconocido.

El ruido y vibración de la fresa y la presión que se hace al usar instrumentos de mano cuando se preparan cavidades, es suficiente para producir miedo en un niño de poca edad. Esto da como consecuencia que el niño le teme más al ruido que al dolor que le acompaña.

Es motivo también de miedo que el niño sienta movimientos de el sillón dental sin previo aviso, así como movimientos rápidos y enérgicos del dentista. Otra de las causas que pueden infundir miedo en el niño es que se deje que brille en sus ojos la luz intensa de la lámpara dental.

Los niños que todavía no van al colegio les dá miedo separarse de sus padres, ya que el niño depende completamente de ellos, y por lo tanto, de ellos obtiene su seguridad. Además de el miedo por estar abandonado, siente temor de no haber satisfecho a sus padres y puede creer que la odontología es un castigo.

Por otra razón es preferible en niños de corta edad que el padre entre al consultorio dental con él, sobre todo en la primera visita.

Si la madre puede estar con el niño sin

transmitirle sus sentimientos no existe razón para que no sea admitida en el consultorio dental. Esto supone que los niños están bien centrados.

Frecuentemente, los padres traen a sus hijos de corta edad al consultorio inmediatamente después de que han sufrido accidentes que dañan principalmente los dientes anteriores. Como presencia de seguridad y que reduce el miedo para el niño, deberá pedirsele a la madre que tenga al niño en sus brazos mientras que el dentista realiza el tratamiento de urgencia. Aunque posiblemente el niño siga llorando, el dentista deberá seguir realizando el trabajo necesario rápidamente y con el mínimo de dolor.

A los 4 años de edad se llega a la cumbre de los temores, y de 4 a 6 disminuyen gradualmente estos temores. El miedo a los extraños, que alcanza mayor intensidad entre los 2 y 3 años, se pierde a consecuencia de amplias asociaciones con otros extraños. Por lo tanto los niños que van a escuelas desde cortas edades se vuelven más sociables, y están más dispuestos a relacionarse con extraños, mientras que los niños que no tienen mucho contacto social, pueden ser tímidos y desconfiados.

Se ha observado que los niños más inteligentes muestran más miedo que los demás, tal vez por ser más concientes del peligro y mostrarse más reacios a aceptar seguridad expresada verbalmente, sin presencia de pruebas. A esta edad, los niños suelen tener espíritu agresivo, aventurero y actitudes amistosas. Las niñas por el contrario, tienden a ser mucho más reservadas.

Muchas veces en la mente del niño se asocia el miedo con ser malo, ya que en algunas ocasiones cuando fué malo, fué sancionado con algún tipo de castigo. Como el dentista puede hacerle daño, el niño puede interpretar su visita al consultorio como castigo por haber sido malo.

Los "sí" y los "no" de la disciplina correctiva de los padres se vuelve parte del niño y puede llevarlo a estados de ansiedad si la disciplina ha sido defectuosa, o pueden conducirlo a buen comportamiento si la disciplina ha sido moderada y justa.

De los 4 a los 6 años el niño entra en un período de conflictos muy marcados y de inestabilidad emocional. A medida que su ego se desarrolla, se vuelve suficientemente fuerte para tolerar muchas tensiones internas desagradables, y suprimirlas hasta que pueda lograr satisfacción. La fantasía en este período tiene un papel muy importante, por ser, tal vez, mecanismos de protección, sirve como amortiguador de problemas emocionales. Esto hace que los niños ganen un bienestar, y también desarrollen el valor y la calma necesarios para enfrentarse a la situación real. En la fantasía, los niños harán con placer lo que les disgusta hacer en la realidad. En la casa es donde el niño experimenta temores subjetivos intensos a la odontología, hacer un teatro de como se va al dentista y se realizan trabajos en sus dientes puede ser muy eficaz para desvanecer el miedo indebido, e infundir valor en el niño para afrontar la realidad en la visita dental. Esta fantasía, el dentista la puede usar como un instrumento para manejar a niños de corta edad.

Cuando el niño llega a la edad escolar, la mayoría de los miedos a la odontología, que fueron provocados por sugestión imitación o experiencias desagradables, se hacen fáciles de manejar. Los niños de esta edad demandan menos y se someten mejor.

A los 7 años el niño ha logrado mejorar su capacidad para resolver sus temores, y puede reaccionar de manera que parezca alternadamente cobarde o valiente. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores.

A esta edad el niño acepta con mayor facilidad los tratamientos dentales, porque el dentista puede razonar con él.

A medida que los niños crecen, sus temores se vuelven más variables e individuales.

De los 8 a los 14 años.- Los niños aprenden a tolerar situaciones desagradables y son obedientes, se amoldan fácilmente a la situación en que se encuentren. Van a presentar objeciones a la gente que no entiende o que toma a la ligera sus sufrimientos, no le gusta que se le fuerce, que se hagan injusticias o que lo mimen.

Los adolescentes empiezan a preocuparse por su aspecto. Sobre todo a las mujercitas les gustaría ser las más atractivas. Están dispuestos a soportar para satisfacer su ego.

e).- RELACIONES INTERPERSONALES.

Las relaciones entre padres e hijos son las principales relaciones interpersonales, por lo tanto, las más potentes para determinar el comportamiento.

Los factores emocionales que se manifiestan en actitudes de los padres, tales como afecto, indiferencia, hostilidad, rivalidad, dependencia, dominación, sumisión, son muchísimas de las variedades de factores que pueden modificar la personalidad del niño.

La actitud de los padres pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde.

Los niños van a adquirir madurez emocional de sus padres, por lo tanto, no se puede esperar un comportamiento emocional maduro de un niño que le han dado una educación de padres inmaduros emocionalmente.

No es posible que un niño desarrolle una personalidad aceptable por si solo si los padres tratan de resolver sus conflictos emocionales a través del niño.

Los padres con frecuencia adoptan diferentes actitudes: Una hacia si mismos y otra hacia sus hijos. Esta falsedad no es eficaz porque los niños tienen un poder de observación muy agudo y no se les puede engañar mucho tiempo. Con esto no se quiere decir que los padres tengan que ser perfectos para ser buenos padres, ya que si esto fue-

ra así, el niño no tendría la oportunidad observar equivocaciones y su rectificación.

Todo niño tiene necesidades fundamentales - de amor, protección, aceptación, estimación propia, independencia, autoridad, limitaciones, consuelo y apoyo. Estas necesidades deben de satisfacerse para que cada niño llegue a la madurez con una personalidad bien centrada.

Quando el niño no tiene restricciones es frecuente que se produzcan sentimientos de culpabilidad, se vuelven hoscos, temerosos y ansiosos. La autoridad que representan principalmente los padres debe ser de manera protectora y amorosa, pero no de manera excesiva. Quando los padres satisfacen demasiado las necesidades emocionales del niño, este va a crecer con conflictos emocionales.

Algunas veces los padres adoptan ciertas actitudes y que ellos saben no son favorables para sus hijos, y sin embargo no se preocupan por las consecuencias. Otros padres tienen actitudes defectuosas pero no se dan cuenta, y olvidan que sus hijos pueden resultar dañados emocionalmente.

f) COMPORTAMIENTOS EXTREMOS DE LOS PADRES.

Entre estos extremos de comportamientos están: Protección excesiva; Rechazo; Ansiedad excesiva; Dominación; Identidad.

PROTECCION EXCESIVA

Todo niño necesita protección y afecto; pe-

ro el impulso protector de los padres puede ser excesivo e inferir en la educación normal del niño.- Estos niños generalmente, no tienen iniciativa propia, ni toman decisiones por si mismos, van a ser niños con miedo a daños físicos en juegos y en trabajo. El exceso de protección paternal, general--mente la madre, se manifiesta por dominio extremo o indulgencia excesiva. En el niño va a existir - una reacción de comportamiento inversa a las acti--tudes de los padres. De padres dominantes sus hi--jos son agresivos y carecen de presunción y empuje social; son humildes, con sentimientos de inferioridad, atemorizados y con ansiedades profundas; - son obedientes y educados.

De padres demasiado indulgentes sus hijos - serán: niños con dificultades para adaptarse al medio social, demandan gran atención, afecto y servicio, les hacen creer que son superiores a los de--más y por eso se vuelven desconsiderados, egoí--tas y tiránicos. Si no se les dá lo que piden, se impacientan, tienen mal genio y tratan de golpear--a las personas que no acceden a sus deseos. Pue--den tratar de usar encanto y persuasión, e incluso forzar a las personas que le rodean para hacer lo--que quieren y si no lo logran, hacen alarde de ira extremada y pueden resistirse incluso con fuerza - física a los intentos de manejo de las personas; - son niños mimados y aunque no incorregibles son di--fíciles de manejar.

Los padres indulgentes consideran a sus hi--jos mucho mejor educados de lo que en realidad es--tán. El exceso de los mimos es común en los abug--los principalmente si el niño vive en una casa en--donde viven los abuelos y los padres están ausentes

de la casa todo el día.

RECHAZO

Existen varios grados de rechazo, desde indiferencia, hasta rechazo completo. El padre que es algo indiferente tiene hijos que se sienten: inferiores, olvidados, no están seguros de sí mismos y de su lugar en la sociedad; desarrollan resentimientos: se vuelven poco cooperadores, se retraen en sí mismos sin amar ni interesarse por nadie.

Los niños no deseados o rechazados sufren - falta de amor y afecto, son tratados con desprecio y a veces con brutalidad. A estos niños se les - critica constantemente, se les molesta y atormenta continuamente con demostraciones abiertas de desagrado; están descuidados y se les castiga con severidad; desarrollan carencias de estimación propia y sentimientos de incapacidad esto los lleva a ansiedades profundas. Como no tienen seguridad en casa se vuelven suspicaz, agresivos, vengativos, combativos, desobedientes poco populares, nerviosos, y demasiado activos. Por estas razones, los niños de su edad lo encuentran poco agradable, y esto lo hace buscar a niños parecidos a él.

ANSIEDAD EXCESIVA

Si los padres tienen una preocupación excesiva, casi siempre por alguna tragedia familiar anterior, generalmente se demuestran con exceso de afecto, protección y mimo. No se le permite al niño que juegue o trabaje solo. Se exageran las en-

medades de poca importancia. Estos niños son generalmente tímidos, huraños, y temerosos. Se preocupan cada vez más por su salud, la falta de capacidad para tomar decisiones por si solos.

DOMINACION

Cuando los padres son dominantes exigen de sus hijos responsabilidades excesivas. No aceptan al niño como es, sino que lo obligan a competir con niños mayores o más avanzados. Los padres por lo general, son extremadamente críticos, estrictos y a veces incluso los rechazan. Como consecuencia en el niño se desarrollan resentimientos y evasión, sumisión e inquietud.

Es común el negativismo en este tipo de niño, obedecen las órdenes despacio y con el mayor retraso posible puesto que tienen miedo a resistirse abiertamente.

IDENTIDAD

En ciertos casos los padres tratan de revivir sus propias vidas en los hijos. Al hacer esto quieren darle a sus hijos todas las ventajas que les fueron negadas. Si el niño no reacciona favorablemente, los padres demuestran abiertamente su decepción. Si este niño siente esta desaprobación paterna tendrá sentimientos de culpa y se reflejan en timidez, inseguridad y retraimiento. Es un niño que llora con facilidad y no tiene confianza en si mismo, tratan de hacer poco por miedo al fracaso.

Hay muchos factores que determinan la personalidad y carácter del niño, como pueden ser los hermanos, las relaciones entre ellos y el lugar cronológico que ocupe. Cuando va a la escuela la relación con maestros y compañeros de juego. Pero el hogar es, el factor más importante para modelar la personalidad del niño.

g) COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES EN EL CONSULTORIO

Los padres deberán tener confianza total en el dentista para cuando el niño es llevado al cubículo para tratarlo, los padres no deberán hacer ningún gesto como para seguirlo o para llevar al niño, a menos de que el dentista invite al padre a pasar. Muchos niños en edad escolar se portan mejor en ausencia de sus padres. Sin embargo, hay casos que la presencia de los padres infunde confianza en el niño, sobre todo si tiene menos de 4 años de edad. Si el padre entra al cubículo, deberá estar únicamente como espectador. No deberá hablarle al niño, ni tomarlo de la mano, ni mirarlo con simpatía o de forma asustada.

h) INSTRUCCIONES A LOS PADRES

La guía a los padres sobre el tratamiento dental deberá ser de preferencia antes de que el niño sea impresionado por influencias externas.

Se puede facilitar esta guía de la siguiente manera:

- 1.- Que los padres no expresen sus miedos -

personales enfrente de el niño. La causa principal del miedo en los niños es por miedo de sus padres. Los padres deben ocultar también el sentimiento de ansiedad, especialmente en expresiones faciales, cuando llevan a sus hijos al dentista.

2.- Que los padres no utilicen a la odontología como amenaza de castigo. En la mente del niño se asocia castigo con dolor y cosas desagradables.

3.- Que los padres familiaricen a sus hijos con la odontología llevandolo al dentista para que conozca el consultorio, explicando y haciendo demostraciones con el equipo, haciendole algún pequeño regalo al finalizar el recorrido. Esto hace que el niño sienta que acaba de nacer un amigo.

4.- Si los padres demuestran valor en la odontología, esto ayudará a darle valor a sus hijos.

5.- La importancia de las actitudes moderadas para llegar a formar niños bien centrados. Un niño centrado es generalmente un paciente dental-bueno.

6.- El valor de servicios dentales regulares. Desde el punto de vista psicológico el peor momento para traer a un niño al consultorio, es cuando sufre un dolor de dientes.

7.- Que no se soborne al niño para que vaya al dentista.

8.- Los padres no deben de tratar de -

vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burlas, o ridiculizando los servicios dentales. Porque esto crea resentimientos hacia el dentista.

9.- Deben estar informados de la necesidad que existe de combatir todas las impresiones perjudiciales sobre la odontología que pueden llegar de fuera.

10.- El padre no debe prometer al niño lo que va hacer o no el odontólogo. Tampoco los padres deberán prometer al niño que la odontología no hace daño. Las mentiras sólo llevan a decepciones y desconfianza.

11.- Varios días antes de la cita, los padres deberán comunicar al niño de manera natural que han sido invitados a visitar al dentista.

2.- MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO.

A pesar del deseo que tiene el niño de agradecer, se le hace imposible ser complaciente en presencia del dolor, el dentista tiene a veces dificultades para entender esta actitud

El miedo viene de un nivel cerebral inferior que la razón, se manifiesta con base más emocional que intelectual, por lo tanto, no se puede interpretar basándose en la razón tan solo. El comportamiento del niño es totalmente intencional y está basado en experiencias subjetivas y objetivas. Su lógica se basa en sus sentimientos.

El comportamiento del niño en el consultorio dental será de la forma en que está acostumbrado a liberarse de algo desagradable. Esta actitud será con mal genio, con fuerza, llorando, etc..

Si embargo el comportamiento de un niño puede, a veces, ser modificado. Cuando el niño aprende que en el consultorio no va a lograr nada con mala conducta, perderá motivación para seguir comportandose así. El dentista debe de asumir el papel de autoridad benévola.

Existen manejos psicológicos de los niños en el consultorio dental.

No se debe dejar el tratamiento para después, ya que no ayuda a eliminar el miedo.

Cualquier razón no explicada inspira miedo a los niños.

Aunque no es conveniente dejar el tratamiento para después, si es bueno que el niño venga de visita al consultorio antes del día en que va a empezar el tratamiento.

Mostrar actitudes sarcásticas o desdeñosas con el niño para que con vergüenza se porte bien, no es conveniente ya que el ridículo produce frustraciones y resentimientos al niño.

Cuando el niño observa que algún familiar suyo está siendo atendido por el dentista, le dará confianza que observar a un extraño.

Si el procedimiento tiene que producir dolores, aunque sea mínimo, es mejor prevenir al niño-

y conservar su confianza que dejarse creer que ha sido engañado.

Tratar de convencer verbalmente al niño para que pierda su miedo sin darle razones concretas de por que, no es muy eficaz.

i) TECNICAS DE REACONDICIONAMIENTO.

Con simpatía y tacto, se establece la relación, y la Odontología se vuelve agradable y esperada para el niño.

El primer paso en el reacondicionamiento es saber si el niño teme y porque. Esto se debe preguntar a los padres.

El segundo paso es familiarizar al niño con el consultorio y con todo el equipo dental sin que esto le produzca alarma, sino despertándole su curiosidad. Se puede disminuir el miedo permitiendo al niño que pruebe cada pieza del equipo. El dentista debe explicar el funcionamiento de cada pieza para que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio.

El tercer paso será ganar completamente la confianza del niño. El dentista debe hacerle notar que comprende sus problemas y los conoce. Cuando se establece esta relación, la plática deberá alejarse de problemas emocionales y dirigirse a objetos familiares para el niño. Se debe hablar de amigos, de animales, de escuelas, etc. De esta manera, empezará de haber comprensión y confianza. El dentista tiene que humanizar sus relaciones con los niños.

En la primera visita deberán realizarse procedimientos menores e indoloros. Se obtiene histo

ria clínica, se le enseña a cepillarse los dientes, una aplicación de fluor, se pueden tomar radiografías explicando de una manera infantil el aparato de Rayos "X".

Generalmente se invita a los padres en la primera visita para que comprendan la importancia que tienen en la adquisición de hábitos de higiene

Muchas veces los niños de primera visita, llegan al consultorio dental sufriendo dolores y con necesidad de tratamiento más complicado.

Se le debe decir al niño con toda franqueza y honestidad que a veces lo que hay que realizar produce algo de dolor, pero que si el avisa cuando le duele demasiado, el dentista parará, o lo arreglará de tal manera que no duela tanto, o se hará con más suavidad.

A veces los niños lloran o gritan con fuerza y es muy difícil hacerse comprender cuando el niño grita y no se calma. Hay algunas formas para tranquilizarlo, ya sea pidiendo a los padres salgan a la sala, esto puede ser suficiente para que se calle. Puede dar resultado darle tiempo para que se desahogue. Cuando estos métodos no funcionan y el niño no se tranquiliza y va llegando a la histeria, en estos momentos hay que usar métodos físicos como el colocar la mano suavemente sobre la boca del niño, hablándole al oído y diciéndole que esto no es un castigo, sino para que el oiga lo que vamos a decirle. Se le debe hablar al oído con voz normal y suave, y quitaremos la mano hasta que pare de llorar. Cuando esto ha pasado se le debe hablar al niño de algún tema sin relación-

con la odontología. Esta medida solo deberá usarse como último recurso.

j) MOMENTO Y DURACION DE LA VISITA

Los niños no deben permanecer en el sillón más de media hora porque esto ocasiona que los niños se vuelvan menos cooperativos y se cansen y empiecen a llorar.

No se les debe de dar cita en el período - que normalmente está dedicado a la siesta, ya que - están adormilados, irritables y son difíciles de - manejar. Lloran con facilidad y tienen reducidas - sus capacidades de soportar molestias.

Los niños no deben ser traídos al consultorio poco tiempo después de una experiencia emocional seria, como es el nacimiento de un hermano o - la muerte de alguien cercano. Ya que el niño experimenta en esos momentos traumas emocionales. En estos momentos es muy difícil lograr cooperación de parte de los niños.

LA CONVERSACION DEL DENTISTA

El dentista se debe poner al mismo nivel en - posición y en conversación, en palabras e ideas.

Si el dentista habla demasiado confunde al - al niño, y le produce desconfianza y aprensión, ya que no comprende.

Se le debe hablar de temas y situaciones - que sean familiares. Se debe de dejar que el niño

lleve la conversación. Se puede añadir algo de fantasía para dar más interés. No se le debe hablar a los niños como si fueran muy pequeños ya que a los niños les gusta que se les trate como mayores, y ellos se sienten halagados si los adultos los consideran como si fueran ligeramente mayores.

Cuando se esté trabajando, no se le deben hacer preguntas que requieran respuestas, porque los niños tomarán la pregunta como excusa para interrumpir por unos cuantos minutos el tratamiento.

k) CONOCIMIENTO DEL PACIENTE.

Si se puede tomar información del niño antes de que llegue al consultorio, será un punto muy importante, ya que podemos darnos cuenta de su comportamiento futuro. Preguntarle a los padres cuánto sabe el niño sobre el dentista, si el niño les teme, si es nervioso, si se lleva bien con adultos, si ha estado en hospital.

Si el niño en la sala de espera está sentado en el regazo de su madre o abrazado, se puede anticipar que en el primer encuentro habrá dificultades. Si el niño se sienta solo y lee o juega alejado de su madre, se puede suponer que aceptará el tratamiento dental.

El manejo del niño resulta más sencillo si se puede predecir, saber como actúa nos guiará a su manejo.

1) ATENCIONES AL PACIENTE.

A los niños nunca se les debe de dejar solos en el cubículo dental ya que sus temores se acrecentarán más, si por alguna razón el dentista tiene que salir del cubículo, siempre debe de dejar al asistente con el niño.

Se debe tratar de realizar todo el trabajo dentro del cubículo dental.

m) USO DE PALABRAS QUE INSPIRAN MIEDO.

Como ya se ha dicho, los temores subjetivos son producidos por el significado atemorizante de algunas palabras.

Es por esto que el odontólogo debe evitar uso de palabras que inspiran miedo. Estas son: Aguja, Jeringa, Fresa etc.

Tampoco se debe engañar al niño pero se debe de procurar usar palabras que explique al niño lo que vamos a hacer con palabras que ellos conocen y usan diariamente.

Como por ejemplo cuando se tenga que anestesiar al niño le podremos decir que va a sentir como un piquete de mosquito, o que le vamos a inflar su cachete, etc.

n) USO DE PALABRAS DE ADMIRACION, HALAGOS SUTILES ALABANZAS, RECOMPENSAS Y SOBORNOS.

Cuando hay un proceso de apredizaje, el castigo y la recompensa son básicos. Una de las recompensas que más interesan al niño es la aprobación de los mayores, cuando un niño se porta bien se le debe reconocer ya que esto hará que se porte mejor. Siempre se debe alabar el buen comportamiento. Darle un regalo al niño siempre que se porta bien forma parte de un manejo adecuado. Lo que impresiona favorablemente al niño, más que el regalo es que se reconozca su mérito.

Nunca se debe sobornar al niño porque adoptará actitudes negativas para seguir portandose mal para obtener más sobornos.

Se debe distinguir perfectamente entre soborno y recompensa.

Una recompensa después de la visita puede servir de soborno para que el niño regrese. Pero el soborno se permite para que el niño se porte bien.

No se debe pedir al niño que haga algo, ya que se le está dando a elegir entre aceptar o rechazar, y no se le puede considerar mal comportamiento cuando rechace.

Cuando se le dá una orden, se debe de dar con tono agradable pero decidida.

Se debe de sonreír pero ser firme en la situación que lo requiera.

Existen varios métodos farmacológicos para aumentar la cooperación del paciente y disminuir las molestias; sedantes, analgésicos, hipnosis, tranquilizantes y anestesia general.

TEMA III

PROTESIS REMOVIBLE EN NIÑOS.

La pérdida prematura de dientes primarios - puede ser por varias causas: Traumatismos o caries, ausencia congénita y traumatismo psicológico.

Esto dá como resultado la pérdida del equilibrio estructural, eficiencia estructural y anomalía estética.

La pérdida dental prematura puede producir:

- 1.- Cambios en longitud del arco dental y oclusión
- 2.- Mala pronunciación de las consonantes - al hablar.
- 3.- Desarrollo de hábitos bucales perjudiciales.
- 4.- Traumatismo Psicológico.

a) REQUISITOS QUE DEBE DE TENER UNA PROTESIS REMOVIBLE.

Debe satisfacer ciertos requisitos:

- 1.- Deberá restaurar la función masticatoria.
- 2.- Deberá restaurar la estética.
- 3.- Deberá restaurar los contornos faciales.

- 4.- No deberá interferir en el crecimiento-normal de los arcos.
- 5.- Su volúmen no deberá impedir el hablar-
adecuadamente.
- 6.- Deberá ser insertado y extraído fácil-
mente.
- 7.- Deberá permitir ajustes, alteraciones y
reparaciones fáciles.
- 8.- Deberá limpiarse fácilmente.
- 9.- No se deberán preparar dientes de sos-
tén.

b) DISEÑO DE LA PROTESIS REMOVIBLE.

Un principio muy importante es. "La inclu-
sión de medios para que los dientes y tejidos sos-
tengan la dentadura".

El diseño deberá hacerse cuando el paciente
está presente, con modelos de estudio y radiogra-
fías, ya que esto nos asegurará que los factores -
importantes se han tomado en cuenta.

Generalmente una prótesis removible consta-
de tres partes:

- 1.- Base de dentadura.
- 2.- Ganchos.
- 3.- Dientes acrílicas.

1.- BASE DE LA DENTADURA.

La mayoría de las veces la base se hace con una resina acrílica ya que proporciona medios para fijar los ganchos y los dientes artificiales. Esta base deberá ser ligera y tener suficiente fuerza. Deberá ser de 2 a 3 milímetros de espesor.

2.- GANCHOS.

La función de los ganchos es de fijar, retener la base de la dentadura, dan sostén a los dientes artificiales con la base y complementan el soporte que recibe de los tejidos blandos. Se utiliza principalmente ganchos de hilo metálico forjada intervienen generalmente en dos o más superficies-externas de los dientes de sostén.

Los ganchos utilizados principalmente en prótesis removibles para niños son ganchos tipo Adams, ganchos esféricos y ganchos circulares.

Los ganchos Adams se utilizan principalmente para molares, envuelve las áreas mesio-bucal y disto-bucal.

A veces se utilizan descansos oclusales junto con ganchos, sobre todo cuando la molar de soporte son los primeros premolares y la prótesis se va a usar por un período prolongado.

3.- DIENTES ARTIFICIALES

Existen en el mercado dientes artificiales-

infantiles, pero el dentista podrá fabricarlos por medio de modelos de estudio de otros niños. Esto se consigue tomando una impresión de alginato al modelo de estudio del diente que se necesite y se vierte en este molde una mezcla de acrílico autopolimerizable de tono adecuado, se deja polimerizar y luego se recorta y se pule. Se podrán usar también las coronas performadas de acero inoxidable como substitutos adecuados de dientes artificiales.

c) PROCEDIMIENTOS PARA LA ELABORACION DE UNA PROTESIS REMOVIBLE EN NIÑOS.

Elección de portaimpresiones.-

El portaimpresión elegido deberá cubrir toda la zona de dientes, encías, fondo de saco, paladar duro (en maxilar), piso de boca (mandibular).

En algunos casos se deberá recubrir los bordes del porta impresión con cera rosa ya que esto nos ayudará a dar comodidad al paciente y ayuda a dar retención al alginato.

El mejor material de impresión para prótesis removible es el alginato.

MANEJO DE REFLEJO NAUSEOSO.

Se debe pedir al paciente que enjuague su boca con algún enjuagatorio bucal, ya que esto quite cualquier cantidad de moco acumulado.

Se debe de dar instrucciones al niño antes de que le sea tomada la impresión. Decirle al niño que practique la respiración unicamente por la nariz y que sea rápida ya que esto hará que se distraiga y no le tome importancia a la impresión.

El reflejo nauseoso se puede evitar pidiéndole al paciente que se enjuague la boca con agua caliente que contenga alguna anestésico superficial con sabor.

Las impresiones se obtienen por introducción del portaimpresiones en el plano sagital oblicuo y asentándolo en posición hacia arriba y hacia atrás, para que el exceso de alginato fluya hacia adelante en vez de fluir hacia la garganta.

Es necesario obtener un registro de mordida céntrica para establecer realación exacta entre los molares.

Se debe obtener los modelos de trabajo con yeso piedra artificial. Teniendo ya los modelos de trabajo se podrá fabricar con ellos la prótesis

d) CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA PROTESIS REMOVIBLE.

1.- En prótesis removible superiores, la base acrílica deberá cubrir la porción palatina.

2.- Si se utilizan ganchos para caninos primarios, se deberán retirar en el momento adecuado para que los caninos emigren lateral y distalmente

para acomodar los incisivos permanentes en erupción.

3.- En prótesis removibles inferiores es adecuado usar la base acrílica, pero si el tratamiento va a ser prolongado, es recomendable usar una barra metálica. Esta barra deberá adaptarse a unos 2 mm del tejido blando, ya que hay cambios en el arco dental por el desarrollo de la erupción.

4.- Hay pocos casos en que la prótesis removible debe fabricarse antes de la extracción de los dientes. Estas prótesis son inmediatas y sirven también como mantenedores de espacio inmediatos.

e) COLOCACION DE LA PROTESIS REMOVIBLE.

Antes de colocar la prótesis removible, se debe de indicar a los padres y al niño, los cuidados y limpieza que se le deben de dar a la prótesis.

Después de que la prótesis haya quedado ajustada y que esté puesta en la boca del paciente, se le dará un espejo facial al niño para que vea la manera correcta de ponerse y quitarse la prótesis, esto también se le enseña a los padres.

Después de que queda explicado, el niño o los padres (en caso de que el niño sea muy chico) deberá quitarse y ponerse la prótesis, esto nos dará una seguridad de que no hay dudas.

Se debe de dar las siguientes instrucciones:

- 1.- Se debe de retirar la prótesis removable cuando se practica algún deporte como natación.
- 2.- Deberá quitarse la prótesis cada noche, deberá limpiarse cada día cepillandola.
- 3.- Si la prótesis causa irritación o está mal ajustada, se debe de avisar al dentista.
- 4.- Se deberá tener al niño en constante vigilancia odontológica para cuidar los -dientes de sostén de la prótesis removible y el tiempo de erupción.

TEMA IV

HABITOS BUCALES

Hay muchos especialistas que se interesan en este problema como son: El pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje, el dentista y los padres de niño.

El odontólogo y el patólogo se preocupan más por los cambios bucales estructurales.

El pediatra, psiquiatra y el psicólogo dan mayor importancia a los problemas de conducta de los cuales los hábitos bucales son sólo un síntoma. Los padres se preocupan por el aspecto socialmente inaceptable del hábito bucal.

Es importante para el dentista hacer un diagnóstico sobre los cambios de las estructuras bucales y también informarse de otras profesiones que estudian el mismo problema.

Es importante observar la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

a) REFLEJO DE SUCCION

El reflejo de succión lo desarrolla el niño desde el momento de nacer ya que es un reflejo de funciones neuromusculares. Esta es una respuesta a la necesidad de alimentarse, el alivio del hambre que sigue a la succión hace que este reflejo -

sea predominante.

El niño lleva a su boca todos los objetos posibles para ser lamidos, gustados y examinados.- Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo. Si éste es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado.

Para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar se lleva el dedo pulgar a la boca.

b) HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Los niños tienen continuas modificaciones - en su conducta y por lo cual abandonan algunos hábitos indeseables y forman hábitos nuevos que sean aceptables socialmente. Se puede lograr cambios - de hábitos en el niño por medio de lisonjas, halagos, y en ciertos casos amenazas de castigo por - parte de los padres.

Este moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continua en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de los padres, de sus compañeros de juegos y de clases. Los hábitos que adoptan o abandonan fácilmente es el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no - compulsivos. De estas situaciones no resultan - reacciones anormales donde el niño es entrenado - para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con mayor nivel de madurez y responsabilidad.

c) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.

Un hábito bucal es compulsivo cuando existe una fijación en el niño, y el niño practica el hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por el medio que le rodea.

Cuando se trata de corregir ese hábito sufre ansiedad. Los hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Para el niño su hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales son difíciles de soportar.

La causa de estos hábitos bucales compulsivos pueden ser que los patrones iniciales de alimentación puedan haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibiera poco alimento en cada toma, puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, una inseguridad producida en el niño por falta de amor y ternura maternas.

d) METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS EN EL NIÑO.

Es casi imposible considerar que la eliminación de un hábito, como chuparse el dedo, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el odontólogo y sus padres, únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños con frecuencia cambian hábitos -

bucales primarios, como el chuparse el dedo o el pulgar, por hábitos secundarios como tirarse del pelo o morderse las uñas.

Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Ejemplo: El caso de una niña de 10 años, se chupa el pulgar y al mismo tiempo se tiraba del pelo de un lado de la cabeza. Cuando se afeitó la cabeza de la niña, perdió los deseos de chuparse el dedo, y así se terminó con el hábito.

Existen otros métodos menos drásticos. Un doctor proponía que los niños, con conocimiento de los padres, le hablaran por teléfono al consultorio. Después de platicar un rato, el doctor le decía que el niño que estaba llamando sonaba tan "mayor" que, naturalmente, no podía ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar: Si el niño lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se había sentido alentados para romper el hábito.- El procedimiento completo implica que los padres estén de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del dentista en casa:

- 1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (Una o dos semanas).
- 2.- No criticar al niño si el hábito continúa.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

e) METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

Algunos de los métodos utilizados por el - dentista, que no consisten en aparatos en la boca del niño son:

Recubrir el pulgar del niño con substancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable.

Rodear con tela adhesiva el dedo afectado; - o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada, esto será posible si hay aceptación del niño para romper el hábito. Muchas veces la eliminación de este hábito puede dar lugar al - surgimiento de otro, aún más nocivo.

Es de mucha importancia la actitud de los - padres durante este tipo de prodecimientos, ya que si los padres le exigen mucha perfección al niño, - y que este no pueda lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso. Sin embargo, si los pa-- dres recompensan de alguna manera al niño por de-- jar el hábito durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño.

El dentista puede ayudar a los padres a de- cidir sobre la elección de métodos o alternativas.

f) USO DE APARATOS PARA ELIMIANR HABITOS NOCIVOS.

La mayoría de los aparatos fabricados por - el dentista y colocados en la boca del niño con o-

sin permiso de este, son considerados por el niño- aparatos de castigo. Esto pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar- que cualquier desplazamiento dental producido por- el hábito.

Para muchos niños, estos apratos sirven pa- ra añadir un complejo de culpabilidad al hábito ori- ginal y esto repercute en el carácter del niño.

Hay cinco preguntas que el odontólogo debe hacerse antes de tratar de colocar un aparato en - la boca del niño.

1.- ¿Comprende plenamente el niño la necesi- dad de utilizar el aparato? ¿Quiere el niño que le ayuden?

2.- ¿Comprenden ambos padres lo que está - tratando de hacer el dentista, y prometen coopera- ción total?

3.- ¿Ha establecido el dentista una rela- ción amistosa con el niño, de manera que en la men- te de éste exista una situación de recompensa, en- vez de una sensación de castigo?

4.- ¿Han elegido los padres del niño y el - dentista una meta definida en termino de tiempo y- en forma de premio material que el niño trate de - alcanzar?

5.- ¿El niño tiene la madurez necesaria pa- ra superar el período de adistramiento, que puede- producir ansiedades a corto plazo?

g) EFECTOS DENTALES DE CHUPARSE EL DEDO A LARGO - PLAZO.

Se considera que si el hábito de chuparse el dedo es abandonado antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes. Pero si el hábito persiste durante el período de dentición mixta (de los 6 a los 12 años), habrá problemas de mal posición dental.

La gravedad del desplazamiento de los dientes depende de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de duración.

El desplazamiento dental o la inhibición de la erupción normal puede ser por dos causas:

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

El mal alineamiento produce generalmente abertura labial pronunciada de los dientes anteriores posteriores. Esto aumenta una sobremordida horizontal y según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplano de la curva de Spee de los dientes mandibulares anteriores.

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

h) SUCCION LABIAL

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos de los dientes anteriores que la succión del dedo, el hábito generalmente se presenta en edad escolar, y el niño puede comprender más lo perjudicial del hábito y conseguir la cooperación de éste para abandonar el hábito.

El tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre los dientes anteriores superiores.

i) EMPUJE LINGUAL

Cuando se presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan hábitos de empuje lingual, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio que existe entre los incisivos superiores e inferiores.

El tratamiento de empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño tenga la edad suficiente para cooperar, esto será muy difícil de lograr.

j) EMPUJE DEL FRENILLO

Es un hábito no muy frecuente. Si los inci

sivos permanentes superiores están espaciados a -
cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo
labial entre estos dientes y dejarlo en esa posi-
ción varias horas.

Este efecto es similar al producido en ciertos
casos por un frenillo anormal.

k) MORDEDURAS DE UÑAS.

Frecuentemente, el niño pasará directamente
del hábito de succión del pulgar a la de morderse-
las uñas. Este es un hábito pernicioso, y no ayu-
da a producir maloclusiones, ya que la fuerza em-
pleada para morder las uñas es similar a las del -
proceso de masticación.

Pero en ciertos casos de individuos que pre-
sentan este hábito, cuando permanecían impurezas-
debajo de las uñas, se observó una marcada atric-
ción de los dientes anteriores inferiores

El morderse las uñas alivia normalmente la-
tensión, y aunque los padres no puedan encontrar--
lo aceptable socialmente.

l) HABITOS DE POSTURA.

Estos hábitos son muy raros, y deberá formu-
larse su diagnóstico, o tratarse individualmente -
por separado.

m) HABITOS MASOQUISTAS.

Ocasionalmente, se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista.

Un niño examinado utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial del canino inferior. Esto había tenido como consecuencia que el tejido gingival marginal del canino estaba desligado, exponiendo al hueso alveolar. El tratamiento consistió en ayuda Psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

n) RESPIRACION POR LA BOCA.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

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

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.

Como existe dificultad para inhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que respira continuamente por la bo

ca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que le obligaba a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debe poderse distinguir a cual de estas categorías corresponde el niño.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

- 1.- Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- 2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- 3.- Adenoides agrandados.

Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

ñ) BRUXISMO.

El bruxismo o friccionar los dientes entre sí, es otro hábito observado en los niños. Es generalmente un hábito nocturno, producido durante -

el sueño, aunque se podría observar cuando el niño está despierto.

La fricción puede ser tan fuerte como para oír los sonidos del frotamiento a distancia.

El niño puede producir atricción considerable de los dientes, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo no son muy claras todavía. Pueden tener una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos

Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

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

TEMA V

APARATOS EN NIÑOS

1.- MANTENEDORES DE ESPACIO.

Los mantenedores de espacio pueden clasificarse en varias maneras:

- 1.- Fijos, semifijos o removibles.
- 2.- Con bandas o sin ellas.
- 3.- Funcionales o no funcionales.
- 4.- Activos o pasivos.
- 5.- Ciertas combinaciones de la misma clasificación.

a) INDICACIONES PARA MANTENEDORES DE ESPACIO

Se indican los mantenedores de espacio para evitar maloclusión hábitos nocivos y traumatismos físicos.

Las indicaciones para mantenedores de espacio son:

- 1.- Cuando se pierde un diente primario antes de que el diente permanente esté preparado para ocupar su lugar. No hará falta usar este instrumento cuando el diente permanente está haciendo erupción, o se tenga evidencia radiográfica de que pronto lo va a hacer.

2.- En caso de ausencias congénitas de algún diente permanente, es probable mejor dejar omigrar el diente permanente contiguo hacia mesial - por si solo, y ocupar el espacio. En este caso es mejor tomar esta decisión tardíamente que temprana, como es el ejemplo de los laterales y segundos pre molares que a veces no son bilateralmente simétricos al desarrollarse. Algunos no aparecen en las radiografías hasta los seis o los siete años de edad.

b) ELECCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO.

Para la mayoría de los casos se usan mantenedores de espacio pasivos y removibles, hechos con hilos metálicos y resinas acrílicas. El uso de resinas de curación propia convierte esta técnica en un procedimiento de consultorio fácil y rápido.

En algunos mantenedores de espacio, también se incluye el uso de bandas.

La pérdida de un diente primario generalmente puede remediarse con la inserción de un mantenedor de espacio de acrílico e hilo metálico. Este puede substituir la pérdida en uno o en ambos lados. Puede hacerse con o sin arco lingual, pero se aconsejan descansos oclusales en los molares (si están presentes), particularmente en el arco inferior de un caso unilateral. El resto evitará que el mantenedor se deslice hacia el piso de la boca.

Las ventajas de un mantenedor de espacio de

tipo removible son las siguientes:

- 1.- Es fácil de limpiar.
- 2.- Permite la limpieza de los dientes.
- 3.- Mantiene o restaura la dimensión vertical.
- 4.- Puede usarse en combinación con otros procedimientos preventivos.
- 5.- Puede ser llevado parte del tiempo, permitiendo la circulación de la sangre a los tejidos blandos.
- 6.- Puede construirse de forma estética.
- 7.- Facilita la masticación y el hablar.
- 8.- Ayuda a mantener a la lengua en sus límites.
- 9.- Estimula la erupción de los dientes permanentes.
- 10.- No es necesaria la construcción de bandas.
- 11.- Se efectúan fácilmente las revisiones dentales en busca de caries.
- 12.- Puede hacerse lugar para la erupción de dientes sin necesidad de construir un aparato nuevo.

Las desventajas de un mantenedor de espacio-removible son:

- 1.- Puede perderse.
- 2.- El paciente puede decidir no llevarlo puesto.

- 3.- Puede romperse.
- 4.- Puede restringir el crecimiento lateral de la mandíbula si se incorporan ganchos.
- 5.- Puede irritar los tejidos blandos.

Las desventajas 1, 2 y 3 muestran la necesidad de convencer a los padres del paciente y al niño de la importancia del mantenedor.

Si se observa un posible desarrollo de sobremoridad (desventaja número 4), puede ser factible descartar los ganchos de los molares y pasar a retención anterior o espolones interproximales. O puede ser necesario un nuevo mantenedor para adaptarse a los cambios de configuración.

Las irritaciones de los tejidos blandos (desventaja número 5), puede requerir la substitución de un mantenedor fijo o semifijo, aunque generalmente esta situación puede ser total o parcialmente eliminada haciendo que el mantenedor de espacio sea parcialmente sostenido por los dientes.

c) CONSTRUCCION DE MANTENEDORES DE ESPACIO SIN BANDAS. -

La construcción de los mantenedores de espacio funcionales, pasivos y removibles deberá mantenerse lo más sencilla posible.

EL ARCO LABIAL

A menudo, el único hilo metálico incluido en el instrumento es un simple arco labial. Esto -

ayuda a mantener el instrumenteo en la boca, y el maxilar superior evita que los dientes anteriores emigren hacia adelante.

Como se usa el arco labial para lograr retención, deberá estar suficientemente avanzado en la encía para lograr esto, pero no deberá tocar las papilas interdientarias. El paso del hilo metálico de labial a lingual puede plantear algún problema.

Generalmente, puede ir en el intersticio oclusal entre el incisivo lateral y el canino, o distal al canino. Generalmente, si el arco labial incluye a los incisivos, se puede lograr suficiente retención. Sin embargo, pueden presentarse casos en los que existan interferencias oclusales causadas por el hilo metálico. El exámen de modelos, o de los dientes naturales en oclusión, puede indicar que sería mejor doblar el hilo directamente sobre la cúspide del canino, y seguir de cerca el borde lingual sobre el modelo superior, o el borde labial en inferior.

Esto es posible cuando el borde labial en el canino superior se encuentra opuesto al intersticio labial en el arco inferior o el borde labial del canino inferior está opuesto al intersticio lingual en el arco superior, cuando los dientes en tran en oclusión.

DESCANSOS OCLUSALES

Sería la adición de descansos oclusales en los molares. Estos pueden ser aconsejables en la-

mandíbula, incluso cuando no se usan arcos labiales.

ESPOLONES INTERPROXIMALES

Para lograr mayor retención se aplicarían los espolones interproximales. En la mandíbula, generalmente la retención no es un problema, pero debido al juego constante del niño con la lengua, o su incapacidad para retener en su lugar el mantenedor al comer, pueden ser necesarios un arco labial y espolones interproximales, así como descansos oclusales.

GANCHOS

Estos pueden ser simples o de tipo Crozat modificadas. Cuando solo interviene el mantenimiento de espacio, generalmente no son necesarios los ganchos Crozat modificadas, que son super reentivas y más complicados. Los ganchos sencillos pueden ser interproximales o envolventes. Los ganchos interproximales se cruzan sobre el intersticio lingual, y terminan con un rizo en el intersticio bucal.

A causa del contorno de los dientes, el gancho envolvente generalmente deberá terminar con su extremidad libre en la superficie mesial.

Además de retención, existe otra razón para decidir si usar ganchos o no usarlos. Esto afecta a la relación bucolingual de los dientes opuestos. La presencia de acrílico en solo el aspecto-

lingual de los dientes a menudo hará que este diente se desvíe bucalmente.

Ocasionalmente, los molares superiores están en versión bucal casi completa en relación con los molares mandibulares. Esta afección está en la línea fronteriza de lo que llamaríamos "mordida cruzada retrógrada".

En este caso, si el mantenimiento de espacios un problema en el arco superior, los ganchos en los molares pueden inhibir aún más los movimientos laterales. Esto en combinación con la expansión fisiológica natural de la mandíbula (si está potencialmente presente), puede lograr una relación molar bucolingual normal.

d) MANTENEDORES DE ESPACIO CON BANDAS.

Tomando en consideración las ventajas de mantenedores de espacio removibles de acrílico, existen excelentes razones para usar bandas.

Una de estas razones es la falta de cooperación del paciente desde el punto de vista de pérdida, fractura o no llevar puesto el aparato.

En estos casos, se usan las bandas como parte de los instrumentos.

Otro uso de las bandas está en la pérdida unilateral de molares primarios. Aquí, ambas piezas a cada lado del espacio pueden bandearse, y pueden soldarse una barra de cada lado de ellas,

existen en el mercado bandas prefabricadas con la barra ya soldada para diferentes casos.

A veces, en casos unilaterales bastarán ban-
das únicas. Esto se verifica especialmente en pér-
didas tempranas de segundos molares primarios, an-
tes de la erupción del primer molar permanente. -
De ser posible, deberá fabricarse la banda en el -
primer molar primario, y deberá tomarse una impre-
sión del cuadrante, con la banda en su lugar, an--
tes de extraer el segundo molar primario. Enton-
ces, con el modelo invertido, se puede soldar un -
hilo metálico al lado distal de la banda y doblar-
lo en el aspecto distal del alveolo del segundo mo-
lar primario.

Se extrae el segundo molar primario con el-
mantenedor de espacio preparado para cementarse en
el primer molar primario.

Se limpia el alveolo para tener visibili--
dad, y se ajusta el hilo para que toque la super--
ficie mesial del primer molar permanente, general-
mente visibles.

Se comprueba radiográficamente la posición-
del hilo en el tejido.

Muy frecuentemente, la cantidad de espacio
requerido para acomodar los incisivos inferiores -
es muy pequeña. En este caso se obtiene el espa--
cio adicional rebajando con un disco las superfi--
cies mesiales de las cúspides primarias, en vez -
de extrayéndolas.

Este procedimiento, en los casos en que se
puede aplicar, elimina la necesidad de mantenedo--

res de espacio. Rebajar con disco los dientes primarios es beneficioso en otras situaciones, por ejemplo; cuando un primer premolar superior está en erupción parcial y el canino permanente superior también está tratando de hacer erupción. Rebajar con disco la superficie mesial del segundo molar primario superior también permitirá al primer premolar superior emigrar distalmente, bajo la influencia del canino permanente en erupción.

Deberá tenerse gran cuidado de no reducir la dimensión mesiodistal del segundo molar primario más allá de la dimensión horizontal del segundo premolar no brotado.

A veces, se presenta la necesidad de construir un mantenedor de espacio bandeado en la sección anterior de la boca. Tal caso se representa por la pérdida temprana de los incisivos centrales maxilares primarios. Este mantenedor no deberá ser de tipo rígido ya que esto evitaría cualquier tipo de expansión fisiológica del arco en esta región.

En este caso el mejor mantenedor de espacio sin duda será el de clavo y tubo soldados; se permite al clavo deslizarse parcialmente fuera del tubo, como reacción al crecimiento lateral del arco.

La erupción retrazada de un incisivo central puede requerir el uso de un mantenedor de espacio.

Puede usarse en este caso un tubo y clavo, y puede procesarse un diente de acrílico en el tubo para lograr un efecto estético agradable.

Sin embargo, puede ser normalmente suficiente el mantenedor de acrílico removible y pasivo, - con un diente artificial.

Presenta la ventaja de permitir ajustes individuales naturales de los dientes adyacentes, y la estimulación de la encía sobre el diente no brotado puede acelerar la erupción.

2.- MORDIDA CRUZADA

El odontólogo general deberá poder tratar mordidas cruzadas anteriores y posteriores de dientes aislados.

Kutin y Hawes han dado amplia evidencia de los beneficios de correcciones tempranas de mordidas cruzadas posteriores.

En casi todos los casos estudiados por Kutin y Hawes, las mordidas cruzadas no corregidas en la dentadura primaria o mixta daban como consecuencia mordidas cruzadas en la dentadura permanente, con la adición de una mordida cruzada en el primer molar permanente.

En los casos en los que se corrige la mordida cruzada en la dentadura primaria mixta, los molares y premolares harán erupción en sus relaciones normales.

Kutin y Hawes hacen otra inteligente observación en los casos de primera clase, tipo 3. Si se presenta mordida cruzada posterior y anterior, deberá corregirse en primer lugar la mordida cruzada anterior. Esto mostrará la extensión de la mordida cruzada posterior y evitará expansiones exce-

sivas de los segmentos bucales.

Corregir la mordida cruzada posterior en primer lugar puede llevar a una situación en la que no se presente suficiente sobremordida anteriormente para retener la corrección anterior.

a) MORDIDAS CRUZADAS POSTERIORES.

Los molares aislados en mordida cruzada se corrigen simplemente colocando bandas en los molares superiores e inferiores. Ha estas bandas se les ha soldado unos ganchos de alambre de oro de 0.030 pulgadas (0.75 mm). En la banda superior, el gancho se encuentra en la sección palatina de la banda, y la extremidad libre se dirige hacia arriba, pero sin tocar los tejidos blandos. En la banda inferior, se suelda el gancho a la sección bucal y se dirige hacia abajo, pero sin tocar el pliegue mucobucal. Pueden redondearse las extremidades del gancho manteniéndolas sobre una llama hasta que su punta empiece a derretirse.

Después de cementar las bandas, se instruye al paciente sobre los usos de bandas elásticas para mordidas cruzadas medianas o pequeñas. Van del gancho palatino de la banda superior al gancho bucal en la inferior.

Durante el día, el paciente puede masticar sobre uno o varios de estos elásticos, de manera que deberá llevar consigo algunos de repuesto en todo momento.

Después de cierto tiempo, el diente superior rodará buclamente con algo de movimiento lingual del molar inferior.

Entonces, se retiran las bandas, y el funcionamiento enderezará y asentará los molares.

Ocasionalmente, se pueden usar arcos lingua les soldados a bandas para evitar el movimiento de alguno de los molares, generalmente el inferior, - si está ya en alineamiento adecuado en el arco.

b) MORDIDAS CRUZADAS ANTERIORES

Formular diagnósticos de mordidas cruzadas- anteriores representa a veces un problema.

Frecuentemente, se puede concluir que el ca so es un caso sencillo de primera clase, tipo 3, - cuando en realidad puede ser una auténtica maloclu sión de tercera clase.

Se pide al paciente abrir la boca con la - mandíbula en su posición más posterior.

A veces es de gran ayuda pedir al paciente que enrolle la lengua hacia atrás, para tocar la - sección posterior del paladar. Se instruye al paciente entonces para que cierre muy lentamente.

Si la mandíbula se mueve hacia arriba, en - un arco limpio, hasta que los incisivos se encuentren de borde a borde, y entonces la mandíbula tie ne que deslizarse hacia adelante pra lograr cierre completo, el caso probablemente será de primera - clase, tipo 3, o sea una mordida cruzada anterior.

Sin embargo, si la mandíbula cierra en un arco limpio hasta la posición cerrada, sin tener que moverse corporalmente hacia adelante, probablemente el caso sea una maloclusión de tercera clase.

Si es así, deberá enviarse al paciente a un ortodoncista.

La mordida cruzada anterior deberá responder rápidamente al tratamiento.

La manera difícil de separar un caso de primera clase, tipo 3, de una tercera clase es empezar el tratamiento.

Si el tratamiento es afortunado a las tres semanas (frecuentemente antes de este tiempo), se puede suponer con suficiente seguridad que el caso será de primera clase, tipo 3. Si el tratamiento parece prolongarse sin observarse cambios importantes, deberá consultarse a un ortodoncista para confirmar si el caso es o no una maloclusión de tercera clase.

c) LA ESPATULA LINGUAL COMO PALANCA

Existen varias maneras de corregir mordidas cruzadas anteriores. Los casos incipientes, en los que el incisivo maxilar esté aún brotando y es recién atrapado en lingual en relación con los incisivos inferiores, pueden tratarse con el uso de una espátula lingual funcionando como palanca. Deberá instruirse al paciente y a sus padres sobre como presionar con la mano sobre la espátula lingual, y se inserta la otra extremidad entre los in

cisivos superiores e inferiores. Esto deberá repetirse veinte veces antes de cada comida, y cada vez el paciente deberá contar hasta cinco. Todos los ejercicios de este tipo deberán hacerse con cierta frecuencia y en ciertos períodos del día. De otra manera, el paciente lo olvidaría perdería el interés y no tendría una disciplina clara que seguir. Si el método no es eficaz en una o dos se manas, deberán incidirse entonces algunos otros procedimientos.

d) EL PLANO INCLINADO

Uno de los métodos mejor aceptados es construir un plano inclinado de acrílico en los dientes anteriores inferiores, incluyendo los caninos, si están presentes.

El plano deberá ser lo suficientemente empujado para dar un empuje marcado al diente o los dientes superiores.

Esto significa que la boca se verá presionada para abrir frecuentemente, en la mayoría de los casos durante el tratamiento activo.

Cuando el acrílico se asiente sobre el modelo, se recorta, para no tocar las papilas gingivales. Se prueba en la boca y se corta y pule el plano inclinado hasta lograr la angulación y altura adecuadas. Entonces se puede dejar como aparato removible o si se prefiere o las circunstancias lo piden se podrá cementar y actuará como un aparato fijo.

Si este método tiene éxito, el incisivo maxilar generalmente se moverá en una semana o dos lo suficiente en labial para poder retirar el plano inclinado de acrílico.

Colocar el plano inclinado en el incisivo o en los incisivos superiores atrapados lingualmente a veces tiene éxito, en los casos en que fracasa el método anterior. En este caso, se puede construir una banda para el diente y una tira de la banda se suelda o puntea a la porción lingual de la banda, de manera que la extremidad libre haga protrusión fuera de la boca del paciente que cierre suave y lentamente hasta tocar el metal de banda en protrusión.

A aproximadamente 1.50 mm de este punto, se dobla el material de banda hasta tocar la sección labial de la banda.

Se recortan los excesos y se hace la conexión labial por punteado o soldadura.

Se hace fluir la soldadura en el ángulo agudo y a lo largo de la superficie interna de la porción lingual de la extensión, para reforzar el plano de mordida contra dobladuras durante el funcionamiento.

Entonces, se cementa en la boca la banda con su plano de mordida.

e) CORONA DE ACERO.

Actualmente, el uso de coronas anteriores sin recortar o ligeramente recortadas elimina el

tiempo necesario para hacer una banda y soldarla, a una extensión de plano inclinado.

Estas coronas de acero, generalmente disponibles para la protección de las coronas naturales fracturadas son extemadamente sencillas de usar de gran ayuda para el odontólogo.

3.- TRAMPA LINGUAL.

Estas trampas linguales pueden ser fijas o removibles. Su principal uso será para romper hábitos como el de chuparse el dedo y empuje lingual.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el dentista deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento. Después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal.

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

En la edad de dentadura mixta, poner gan- chos en molares permanentes en proceso de erupción puede ser la razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo, entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

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

a) TRAMPA CON LUPS VERTICALES

Una trampa con lups verticales es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio de lups de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito.

La trampa puede construirse con un alambre de ortodoncia de acero inoxidable, calibre 030. - Se harán tres lups que se colocarán a nivel de caninos y se insertará en la base de acrílico, que será removible tal como el retenedor Hawley, se podrán poner si se desean ganchos en molares.

Las 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.

b) TRAMPA DE RASTRILLO

La trampa de rastrillo, al igual que la de lups, pueden ser aparatos fijos o removibles.

Sin embargo, como el término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño-

lo castiga.

Se construye de igual manera que la de lups, pero tiene puas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina.

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

4.- PROTECTOR BUCAL.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

Si el niño respira sin dificultad al pedirselo, incluso después del ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que ha veces se describe como "facies adenoidea" aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto.

La cara es estrecha, los dientes anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos.

No se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal cause maloclusión, aunque frecuentemente se observa una tendencia a maloclusiones en niños que respiran por la boca.

Los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusiones de segunda clase también provocan respiración bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal de la boca.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca, descansa contra los pliegues bucales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal.

Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios empujen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuerden esta entre los dientes anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca no lo sigan haciendo y que los que succionan el pulgar no se lleven el dedo a la boca.

El protector bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos, y debería utilizarse más extensamente.

El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales.

El más sencillo de utilizar, y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas, el acrílico autopolimerizable.

Debe de tener aproximadamente 1.55 mm a 2 mm. de espesor. Se ajusta al vestíbulo de la boca y transfiere presión muscular de los labios, a través, del protector a los dientes. Se construye el protector sobre modelos articulados, mantenidos en contacto al verter yeso desde el aspecto lingual - en la parte posterior de los modelos, mientras estos están en oclusión. Al asentarse el yeso, se dibuja una línea con lápiz tinta, en la encía hacia el pliegue mucobucal, evitando ligaduras musculares. Con esto se hace un patrón translúcido de papel y se coloca en los modelos articulados, adaptándolo al contorno de los dientes, en el papel se pintará la línea mucobucal. Después se coloca el acrílico y se adapta al mismo contorno del papel. Cuando el acrílico se está polimerizando se puede recortar con unas tijeras el contorno mucobucal que está pintado en el papel. Se vuelve a colocar en los modelos a que termine de polimerizar. Después con un fresón se puede terminar de contornear por si queda alguna aspereza, para que al paciente no le lastime.

5.- APARATO PARA BRUXISMO.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. -

El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

Se puede construir sobre los modelos de estudio envolviendo con caucho las caras vestibula--res oclusales y linguales de los dientes, tanto superior como inferiores.

O también, en la misma manera que la del protector bucal.

CONCLUSIONES

Como para cualquier tratamiento que se deba practicar en los niños, es de suma importancia el conocimiento de la función, ciclo de vida, erupción: así como la de las diferencias morfológicas entre denticiones y morfología de los dientes primarios.

La conducta de los padres para con los pequeños, nos dá la oportunidad de poder observar su comportamiento y sus reacciones dentro del consultorio; peino que los hábitos bucales pueden ser una consecuencia del trato de los padres, por lo tanto, el Odontólogo debe estudiar las reacciones de los niños y dar una orientación a los padres.

La prótesis removibles en niños, en una técnica para poder restaurar la función perdida que es la masticación, ésta se utilizará principalmente cuando el niño, casi siempre por caries o traumatismos pierde sus dientes primarios y que los dientes sucedáneos todavía tardarán en hacer erupción. Esto nos servirá también como mantenedor de espacio.

El tema de hábitos bucales, es uno de los temas más interesantes ya que doy una visión de la importancia que para el niño tiene su hábito y en un momento dado, como convencer al niño que éste es dañino.

Expongo también los principales aparatos - que sirven para romper los hábitos bucales y sobre todo prevenir maloclusiones.

Por lo tanto, creo que la posición del dentista debe estar bien definida para manejar todas las posibles alternativas que se le presenten en el consultorio dental.

BIBLIOGRAFIA

ARNIM. S. S. y DOUGLE M.P.
LA dimensión de la dentina de
los dientes primarios
3a. edición. 1959

DAVIES. G. N.
El manejo de los niños.
Nueva Zelandia, abril 1957.

GRABER. T. M.
EL hábito de succión del dedo
asociado con otros problemas.
2a. Edición 1958.

GRABER. T. M.
Ortodoncia; principios y práctica
2a. Edición
Filadelfia 1966.

MAC. DONALD. R.E.
El dentista para niños y
adolescentes.
San Luis. 1969.

PARFITT. G. J.
Record 1954.

SIDNEY B. FINN.
El manejo de los niños normales
2a. Edición
Alabama, 1954.

SIDNEY B. FINN.
Odontología Pediátrica.
4a. Edición.
México, 1977.

WHEELER. R.C.
Libro de texto de Anatomía Dental
y Psicología.
4a. Edición.
Filadelfia 1965.