

Lej' 120

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

U. N. A. M.

“Hábitos Orales Infantiles y su Efecto en el Desarrollo de los Dientes”

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ESPINOZA CERON ISABEL

SAN JUAN IZTACALA

MEXICO, 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PROLOGO -----	PAGINA 1
CAPITULO I -----	3
Generalidades de la anatomía de la dentición infantil	
Orientación de la conducta hacia el niño en el consultorio odontológico	
CAPITULO II -----	11
Factores que influyen en la iniciación de los hábitos infantiles	
Hábitos compulsivos y no compulsivos	
CAPITULO III -----	23
Principales hábitos practicados por los niños:	
a) Hábitos de presión	
1) Succión de dedo	
2) Hábito con los labios	
3) Hábitos con la lengua	
b) Hábitos de malas posiciones	
c) Hábito de respirar por la boca	
d) Hábitos masticatorios	

CAPITULO IV -----PAGINA 49

Los hábitos y sus alteraciones
subsecuentes

CAPITULO V ----- 54

Tratamientos

Métodos de adiestramiento extrabucales

Ejercicios musculares

Tipos de instrumentos intrabucales

CONCLUSIONES ----- 70

BIBLIOGRAFIA ----- 72

PROLOGO

Es indudable la importancia que en la actualidad debemos considerar los problemas del niño en todos los aspectos de su vida y buscar la solución a ellos. Pero a pesar de la gran importancia que tiene, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor, ya sea por ignorancia o por indiferencia hacia los conceptos más recientes de la odontología actual.

La odontología para niños requiere algo más que conocimientos dentales comunes, puesto que se está tratando con organismos en periodo de formación.

El conocimiento del problema de los hábitos orales infantiles es de primordial importancia para no nosotros los cirujanos dentistas dada la frecuencia con que se presenta en la práctica profesional, y observar la subsecuente reoercución manifestada en la boca y las deformaciones bucodentarias que en la persistencia del hábito ocasiona el paciente.

El caso debe abordarse inteligentemente para que el consejo que se dé a los padres en la corrección del problema, sea efectivo, de esto dependerá el -

el éxito o el fracaso en el tratamiento de nuestro paciente.

En el desarrollo de ésta tesis se hará mención de las causas y tratamientos de los hábitos orales infantiles y su efecto en el desarrollo de los dientes.

Se presentará una exposición no profunda, pero sí un panorama general al de los conocimientos que el cirujano dentista debe tener para la comprensión de los factores que llevan al niño a la iniciación de un hábito oral.

Sacando en conclusión que si se quiere lograr un buen acercamiento del niño a la odontología debemos conocer por lo menos a grandes rasgos el medio hogareño y la influencia de los padres en el pensamiento del niño, para así saber de qué forma se va a comportar uno como dentista con el niño como paciente, y resolver el problema favorablemente, y solo así el odontólogo se dará cuenta que, trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias que pueden experimentarse en todas las prácticas odontológicas.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA DENTADURA INFANTIL

La interpretación que el público da a la denominación de dientes temporales, dientes de leche etc, es impropia, ésto se refleja en la poca importancia y ningún cuidado que se concede a la conservación en buen estado de salud de la dentadura infantil.

La especialidad que se ocupa de la primera dentición se le llama Odontología infantil o paidodoncia.

FORMA

La forma de los dientes infantiles difiere ligeramente en rasgos generales de los dientes del adulto, la corona es más pequeña y redondeada Las cúspides más agudas y los bordes más afilados. El esmalte que las cubre tiene un grosor uniforme. Es probable que por ésta razón se vean más traslúcidos y de color blanco lechoso. La dentina es muy delgada si se la compara con el grosor de las paredes dentinarias de los dientes de la segunda dentición. Se reconoce en ella que posee una flexibilidad pero menor mineralización.

La cámara pulpar es muy grande comparada con los dientes de la segunda dentición. Adviertase poca actividad en ella para producir dentina de defensa. Esto se debe probablemente a la mucha actividad que existe en todo el organismo, puesto que es el momento de desarrollo y se está mineralizando todo el esqueleto y además las dos denticiones.

El cuello de éstos dientes es fuertemente estrangulado y de forma anular y homogénea. No tiene festones en las caras proximales. El conocimiento de la forma y posición del cuello, así como las relaciones que tiene en cada diente con la corona (sobre todo en los posteriores) es importante en clínica operatoria, cuando es necesario hacer una reconstrucción en la que se debe cuidar la región cervical.

El cuello anatómico está limitado por la terminación brusca del esmalte el que nunca se expone al exterior en casos normales. La corona clínica siempre es más pequeña que la anatómica, aunque no se debe hacer afirmaciones categóricas, porque se presentan excepciones, con ésto se quiere indicar que el cuello de éstos dientes forma parte de la raíz y que está cubierta por la encía. En los dientes anteriores el tronco se continua con la raíz y forma un solo cuerpo.

En los molares la bifurcación de los cuerpos radiculares se efectua inmediatamente en el cuello . No existe el tronco radicular propiamente dicho.

Esta forma de raíz es obligada porque en el espacio interradicular se encuentra el folículo de un premolar que en ese lugar se desarrolla.

La forma de la raíz es muy especial en cada diente en los anteriores tiene forma de bayoneta, con el ápice inclinado hacia labial. La de los posteriores es muy aplanada y ancha como una verdadera lámina.

Las diferencias de forma entre las dentaduras se expresan en general en una lista comparativa.

La primera dentición tiene las siguientes características:

- 1.- Son de menor volúmen
 - 2.- El estrangulamiento de la región cervical se hace con la terminación brusca del esmalte.
 - 3.- El cuello es continuado , de forma anular; no existe el festoneo de la línea cervical y solo se advierte en las caras vestibulares de los primeros molares, superior e inferior.
 - 4.- El eje longitudinal del diente es el mismo en corona y raíz.
 - 5.-La corona de los anteriores no sufre desgaste en las cras proximales.
- A medida que se se produce el desarrollo se forman pequeños diastemas o separaciones entre uno y otro diente , debido al crecimiento del arco.
- 6.- La implantación de los dientes se realiza perpendicular al plano de oclusión.
 - 7.- La coloración del esmalte es má azulada y traslúcida.

- 8.- El esmalte es menos duro debido a su menor densidad de calcificación.
- 9.- La relativa suavidad del esmalte es causa de que sea mayor el desgaste en las zonas de trabajo.
- 10.- Los mamelones de los dientes incisivos de sus bordes y las cúspides de los dientes posteriores se pierden rápidamente por desgaste .
- 11.- Las coronas se desgastan con ritmo sincronizado al movimiento de erupción, normalmente solo se pueden observar 4/5 partes expuestas de la corona.
- 12.- Los perinquitos no se observan macroscópicamente en la dentadura infantil ; la superficie del esmalte es lisa y brillante .
- 13.- La inestabilidad del ápice es manifiesta , debido a su lenta formación y a su reabsorción posterior.

ORIENTACION DE LA CONDUCTA EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO

En general se está de acuerdo en que la orientación de la conducta de un niño en el consultorio odontológico es el requisito previo para su atención dental completa.

Pese al conocimiento a menudo limitado de la psicología del niño los odontólogos logran en general llevarse bien con los niños y son capaces de trabajar con el mismo grado de eficiencia que con los adultos.

Pocos padres comprenden la desventaja del odontólogo presentando a un niño asustado, ansioso, o de hecho opuesto al exámen inicial y demás procedimientos. Solo en raras ocasiones tiene el odontólogo la ventaja de conocer el desarrollo psicológico del pequeño, la preparación que los padres efectuaron para la primera visita o la posibilidad de una experiencia lamentable previa. Casi sin excepción, sin embargo, los padres esperan que el odontólogo domine por completo la situación y preste el servicio de salud a sus hijos cualquiera que sea su reacción.

La psicóloga Jenks há sostenido que, aunque la función primaria del odontólogo es efectuar el tratamiento dental necesario, su campo no debiera estar limitado a la efeciencia técnica. Más aún, la odontología es una experiencia que el niño debe tratar de dominar.

El niño que há aprendido a dominar su papel como paciente odontológico muestra cierta flexibilidad de conducta y un interés por lo que que sucede en su torno. El niño se muestra capáz de confiar en el odontólogo y de responderle, y demuestra confianza en su capacidad para satisfacer las exigencias de la situación.

El odontologo que limita su ejercicio profesional a los niños o aquél que incluye muchos niños en su práctica, escucha a menudo la pregunta ¿Porqué le interesa tanto esa fase de la odontología?. Muchos suponen que es por un genuino gustar de los niños. La mayoría de los autores estan de acuerdo en que el afecto por los niños es sumamente importante para manejarlos con éxito en el consultorio y es el amor

por las criaturas debe ser evidente en cualquier momento. Pero más importante aún es el deseo de cumplir un verdadero servicio de salud. El odontólogo que incluye una gran cantidad de niños en su práctica lo hace porque comprende y aprecia la importancia de servicio de salud dental para el niño. Esta fase del ejercicio profesional es probable que le presente un desafío mayor que algunas otras; además puede apreciar los beneficios a largo plazo de una atención temprana y adecuada.

INTRODUCCION DEL NIÑO EN LA ODONTOLOGIA

El adoctrinamiento sobre odontología consiste esencialmente en enseñar al niño a encarar una nueva situación y a seguir las instrucciones del personal odontológico. El proceso suele cumplirse con mucha facilidad si el odontólogo permite que el niño inspeccione el consultorio odontológico y el medio como por casualidad, pero al mismo tiempo tratando de grabar en el niño la necesidad y la importancia de la situación.

El primer objetivo en el manejo exitoso es establecer la comunicación y hacerle sentir que el odontólogo y sus asistentes son sus amigos y están interesados por ayudarlo.

Pueden hacerlo logrando que el niño tome conciencia de la importancia de la visita odontológica y los diversos procedimientos.

Hay por lo menos cuatro reacciones a la experiencia odontológica; Temor, ansiedad, resistencia y timidez.

El odontólogo que trata con niños se dará cuenta rápidamente de que el niño no siempre demuestra una reacción definida o única. A veces puede darse una combinación de varias de esas reacciones. Esta combinación torna más complejo el problema, dado que el odontólogo debe diagnosticar con rapidéz y sin la ventaja del conocimiento de la experiencia previa del niño con miembros de las profesiones de la salud.

Está aceptada que la preparación meditada del niño y de los padres antes de la primera visita dará por resultado un mejor esquema de conducta en el consultorio dental.

MOMENTO DE LA VISITA

El momento del día en que se ve a un niño, en especial el más pequeño, puede influir sobre su conducta. En términos generales se reservarán las primeras horas de la mañana para los niños más pequeños.

Los padres casi siempre cooperarán trayendo a sus hijos en el momento sugerido si el odontólogo les explica que los pequeños son más capaces de captar temprano el tratamiento que si llegan cuando están cansados. El odontólogo está más alerta y más capacitado para lidiar con las reacciones impredecibles a esa hora temprana. Es probable entonces que no tenga ningún retraso en su plan de trabajo y que el niño no deba aguardar para ser visto. La espera en la sala de resepción a menudo da al niño la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos desusados o hechos.

Hay claro está, excepciones para las sesiones tempranas con niños. Una es, del niño de quién se sabe que es poco cooperativo o está de alguna manera disminuido como para hacerle difícil adaptarse a la rutina habitual del consultorio. Para éste tipo de niños se debe tomar en cuenta la última sesión de la mañana o algún momento en que el consultorio esté libre de niños y otros pacientes que pudieran resultar influidos por una perturbación.

Las visitas para el niño muy pequeño y el muy temeroso deben ser relativamente cortas, hasta que el niño esté plenamente informado de los procedimientos y haya adquirido confianza en sí mismo y en el odontólogo.

Rand y Colaboradores sugirieron algunas reglas para obtener obediencia que a menudo son útiles para manejar a los niños en el consultorio dental.

La primera regla es ganarse la atención del niño. Es preciso ganarse la atención del niño que llora para asegurarse de que oye las indicaciones.

Una segunda regla es expresar las ordenes en un lenguaje que pueda comprender, por ejemplo un niño de 4 años no entenderá el significado de "eyector de saliva" u otros nombres de instrumentos extraños para él.

Por lo tanto el dentista debe emplear un lenguaje que el niño interpretar y comprender. Es importante pronunciar las palabras con lentitud y claridad. El niño, entonces es más capaz de seguir las instrucciones, que además deberán ser pocas y de una por vez.

El odontólogo y su personal deberán ser justos y razonables en sus pedidos. No pueden esperar cooperación de un niño incómodo y dolorido

El uso de sobornos o amenazas, es un mal medio de obtener obediencia. Frases como: "si eres bueno te daré un libro o te obsequiaré un juguete", pueden ser substituidas por: "cuando salgas te obsequiaré un juguete", entonces el regalo no será interpretado como soborno.

Si el niño está en verdad asustado, há de intentarse superar su temor mediante la forma de abordarlo.

Sin embargo muchas de las reacciones de los niños no son tan bien definidas, y el niño que no desea cooperar además puede estar algo asustado o sentir aprehensión. La aprehensión puede estar o ser aliviada tomándose tiempo para explicar los instrumentos empleados en el consultorio dental y explicárselos en términos comprensibles. Solo unos pocos instrumentos serán explicados por vez. De hecho cuando por primera vez se examina a un paciente no se tiene nada en la platina, se limita a pedir al niño que abra la boca y con los dedos separar los labios y se hace la inspección inicial de los dientes después de esto quizás se pueda incorporar un espejo bucal o un explorador, pero la necesidad y uso de cada instrumento, deben ser explicados.

Si un niño no desea cooperar para el examen bucal o un procedimiento simple como la profilaxis dental, entonces se cree que un poquito de restricción estará justificado para controlar la situación. Quizá en éste momento sea oportuno conversar con los padres para hacerles saber que el niño no quiere cooperar y grabarles la necesidad del examen y tratamiento, y así obtener su permiso para proceder en forma cariñosa pero firme.

Algunos odontólogos cometen el error de hacer demasiado en la primera visita de un niño, si no siente un dolor bastará la inspección y la profilaxis dental, aún cuando haya muchos dientes destruidos o careados.

Si hubiera un dolor de muelas, claro está habrá que remediarlo pero ésta es una de las pocas excepciones. Si el odontólogo sigue un procedimiento simple, el niño tendrá oportunidad de adquirir confianza en sí mismo y en el profesional.

Si el profesional sigue un procedimiento similar habrá logrado mucho, ante todo el niño habrá sido introducido en la odontología.

Há habido una oportunidad de observar la reacción del niño en el consultorio dental, lo cuál es muy importante para determinar el tiempo que será necesario para completar el tratamiento.

Lo más importante se habrá iniciado un servicio de salud por el cuál el odontólogo puede pedir honorarios comparables con los de cualquier otro servicio que exija un tiempo similar.

ASPECTOS CONSIDERADOS EN LA ORIENTACION DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

- 1.- El manejo exitoso del niño depende del cariño, la firmeza, el sentido del humor, y la capacidad del odontólogo para pasar por alto las demostraciones iniciales de no cooperación.
- 2.- El odontólogo debe encarar la situación de manera positiva y amistosa, pero debe transmitir la idea de que el trabajo es extremadamente importante y esencial para el bienestar del niño.
- 3.- Si el niño demuestra un mal hábito debe ser rechazado o vencido desde el comienzo.
- 4.- El odontólogo debe alentar todos los buenos hábitos con elogios y debe esperar el momento apropiado para felicitar al niño.

CAPITULO II

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INICIACION DE LOS HABITOS

Existen pocos fenómenos con los que se encuentra el dentista que no estén sujetos a controversia en un momento dado. Los delicados matices que median al tomar una decisión sobre lo que es normal o anormal y la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico son establecidos frecuentemente por la interacción de la enseñanza, experiencia clínica e inclinación e inclinación filosófica del dentista. La frase "dentro de los límites normales" es un valle ancho, no un desfiladero angosto, formado por una serie de componentes de adaptación dinámicos, continuamente cambiando y reaccionando.

Los artículos sobre el hábito de succión del dedo pulgar generalmente son firmados por médicos, pediatras y psiquiatras pero casi nunca por dentistas.

DIVERSAS OPINIONES ACERCA DEL HABITO DE SUCCION

"el hábito de succión del pulgar y otros dedos es importante por la preocupación que causa a los padres. Con frecuencia el pediatra a quién acuden los padres alarmados, se encuentran tan confundidos acerca del significado de éste hábito como los mismos padres. Se les dificulta ayudarles a calmar sus angustias. Hacer esto bien requiere conocimiento acerca del significado de éste hábito en diferentes edades. Necesita saber qué daños puede provocar, si es que existen; que factores condecen al desarrollo de éste hábito y qué medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada".

William James, Psicólogo.

"Un hábito adquirido, desde el punto de vista psicológico no es

que un nuevo camino de descarga en el cerebro, mediante el cuál tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Los hábitos en relación con la moloclusión deberán ser clasificados como 1) útiles, 2) dañinos. Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar. Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios, y succión de los pulgares".

Haryett, Hansen, Davidson, y Sandilands, escribieron:

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

Antes de intentar analizar y comprender la multitud de opiniones expresadas, ciertas dudas deberán ser aclaradas tan objetivamente como sea posible.

- 1.- ¿Son acaso dañino para los dientes y tejidos, los hábitos de chuparse los dedos, junto con la actividad muscular funcional asociada?
- 2.- ¿Si concedemos que es posible la creación de una deformación dentaria, es temporal o permanente, esta deformación de los dientes y maxilares en desarrollo ?
- 3.- ¿La lactancia inadecuada constituye un factor importante?
- 4.- ¿Es acaso la falta de amor y afecto la base de éste hábito; se sienten éstos niños "rechazados" por sus padres y hermanos - y perdidos en nuestro mundo caleidoscópico?

5.- ¿El chuparse el pulgar es prueba de un sentimiento de incapacidad personal, frustración, regresión o inseguridad, es un mecanismo para atraer la atención?

6.- ¿Los intentos para interceptar éste hábito crearán trauma psíquico y neurosis posteriormente?

Las respuestas a todas éstas preguntas no serán encontradas en éste artículo, ni en ningún otro, porque existen aún muchos estudios por realizar antes de poder levantar el velo de la controversia. Unas respuestas han sido descubiertas parcialmente, y están surgiendo algunas tendencias de la gran masa de factores al tratar de analizar la etiología, intensidad, frecuencia, duración, cronología, mentalidad, anomalías asociadas, sexo, hermanos, ambiente, respuesta bajo tensión, actitud de los padres, intentos precios para evitar éstos hábitos, etc. Es posible que algunas de las expresiones vertidas aquí se encuentren en contraposición con opiniones expresadas en otras partes. Cada "Especialista", psiquiatra, pediatra, dentista, puede encontrar datos para apoyar su tesis favorita.

Los informes sobre la frecuencia del hábito de succión del dedo varían desde 16 por 100 hasta 45 por 100. En forma similar varían los datos acerca de la maloclusión, dependiendo de la fuente, la oclusión original y el tiempo que duró el hábito. Las normas son mal definidas y contradictorias de un estudio a otro. Kjellgren, en un estudio de succionadores de dedo encontró que 87 por 100 de los 687 niños de 3 a 12 años de edad tenían maloclusión atribuibles a hábitos bucales.

La duda acerca de que si el daño es temporal o permanente puede ser contestada "sí" para ambos. Obviamente, es necesario calificar muchos aspectos de éste problema. Contribuyendo al problema se encuentran entidades como morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito, fuerza de palanca producida por posiciones

específicas y otros factores. Como la lengua constituye un factor deformante potente, y como existe correlación entre el hábito de succión del dedo y proyección de la lengua hacia adelante, es indispensable realizar un diagnóstico diferencial para determinar cuál de los dos es el factor primario.

HABITO DE SUCCION DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS CUATRO AÑOS DE EDAD

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior, de él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Los pediatras y los psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior.

Aunque existen aún muchas preguntas por contestar respecto a la controversia existente entre la lactancia normal, natural y artificial. Las investigaciones recientes indican que no se ha dado suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural, al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones, han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, el niño siente el calor agradable del seno, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca, el calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia. El hombre no ha inventado todavía un sustituto para el amor y el efecto y calor por asociación.

La mayor parte de los pediatras piensan que la madre típica no emplea suficiente tiempo amamantando a su hijo. Algunos niños exigen más atención, otros menos, dependiendo de sus características individuales y de otro medio de gratificación. Por esto no puede ser establecida una norma firme e inflexible.

La madre deberá resolver ésta situación, al igual que la s muchas relaciones que tenga con su hijo. Pero si comete un error , es mejor que éste error no sea el de dar poca atención y descuidar las necesidades mínimas de la lactancia. La boca es una de las pocas vías de comunicación y fuente de gratificación . Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de succión del dedo serán reducidos significativamente. El desarrollo de los hábitos anormales del labio y de lengua , serán reducidos considerablemente. Es posible que el bruxismo y la bricomanía tan frecuente en niños y adultos también puede ser reducidos al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación.

Gesell e Ilg, del laboratorio del desarrollo infantil de Yale afirman que el hábito de succión del dedo es normal en una etapa del desarrollo del niño, puede decirse que el primer año de vida y desaparecerán espontaneamente al final del segundo año si se presta la atención debida a la lactancia.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito de chuparse ek dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continúa a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus ctividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos niños no lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continúa vigilancia del niño por los padres para sacr el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención . El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres y generalmente lo consigue.. En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostraciones de enfado de los padres e intento de desterrar el hábito.

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

Durante los tres primeros años de la vida, se há demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior éste daño es generalmente temporal "siempre que el niño principie con oclusión normal".

La morfología original es muy importante , porque existe mucha controversia sobre los daños que pueden provocar el hábito de succión de los dedos.

HABITOS ACTIVOS DESPUES DE LOS CUATRO AÑOS

Como ya se há mencionado, la mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de succión del dedo provienen de hogares en que los molestos intentos de que el niño dejará el hábito aseguraron su prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño. El principal infractor es generalmente el padre - éste se encuentra muy transtornado, menos tolerante y es el más indicado para tratar de desterrar el hábito prestándole demasiada atención, mostrando enojo, y finalmente recurriendo al castigo.

La permanenci de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. Como ya se há mencionado ésto no se debe en su totalidad al hábitos de dedos sino al auxilio importante de la musculatura peribucal.

El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedos dificulta el acto normal de deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores desplazándolos aún más en dirección anterior . Exidten buenas pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en succionadores de dedo confirmados.

El acto infantil de deglución con su actividad a manera de

de émbolo, persiste o se prolonga demasiado el periodo transicional con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduras.

Este puede ser el mecanismo deformante más significativo. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir) pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae.

El verdadero peligro es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca. Son estas fuerzas pervertidas las que crean mordidas -- cruzadas, laterales y bilaterales asociados con los hábitos de dedo.

La duración de éste hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importante son otros dos factores LA FRECUENCIA del hábito durante el día y la noche afectan el resultado final. El niño que chupa esporádicamente sólo cuando se va a dormir -- causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. LA INTENSIDAD del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

Estos constituyen el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento. La duración, frecuencia e intensidad, éstos factores deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista.

La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final.

Si el niño ya posee una oclusión mala inherente de clase II, división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo -- persistente. En casi todos los casos con antecedente de intentos fracasados para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que le causa al padre o a los padres. Algunos niños reconocen que el chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar éste hábito, pero al igual que otros, encuentran que es difícil hacerlo.

Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva o de frustración, higiene mental poco deseada. Sólo necesitamos examinar nuestros propios fracasos en la autodisciplina y nuestras reacciones cuando se nos amonesta para comprender la actitud del niño.

Con algunos niños los mecanismos infantiles retenidos funcionan como una arma para atraer la atención, ésta situación no conduce a la tranquilidad doméstica, especialmente cuando el padre está al tanto de las posibilidades de dañar en forma permanente los dientes y tejidos adyacentes. En otros niños, el hábito del dedo puede tardar en desaparecer. Es un acto que produce euforia; un hábito condicionado por la repetición constante y el niño aun no transfiere sus actividades para obtener placer a actividades maduras y extrovertidas propias de niños mayores.

A pesar del interés de muchos psicólogos de orientación Freudiana y pediatras en el sentido de que el hábito de chuparse los dedos es síntoma de una neurósis profunda y que el destierro de éste causará problemas en el adulto, las pruebas clínicas de éstas afirmaciones no existen. Aquí, quizá más que en cualquier otro tema, los aficionados a la psicología, se han divertido inventando interpretaciones pseudocientíficas y proyecciones, no fundamentadas por investigaciones objetivas.

Haryett, Hansen, y Davidso, han realizado un estudio intensivo multidisciplinario de los problemas y de las advertencias contra el uso de aparatos para eliminar el hábito, basándose con frecuencia en las historias clínicas de dos o tres niños seleccionados. Estos autores no han dado validéz a las informaciones que fundamentan - observaciones de mas de 800 casos.

Los hábitos asociados como torcerse el pelo , taparse con la co bija, etc. desaparecen junto con el hábito del dedo. Este estudio - apoya el punto de vista de los teóricos del aprendizaje en el sentido de que el hábito de chuparse el pulgar es un hábito simple, - aprendido, y contradice la teoría psicoanalítica que concidera el - chuparse el pulgar como un síntoma de un transtorno emocional más - profundo.

En cualquier caso, el dentista puede prestar atención, valiosa-ayuda para mejorar la higiene mental de los padres y el niño. Esto lo realiza ayudando al paciente a sortear éste obstáculo en el camino hacia la maduréz, eliminando una fuente de conflicto entre el - niño y los padres y evitando la maloclusión permanente, con las - consecuentes implicaciones desfavorables psicológicas y para la salud.

El hábito de chuparse los dedos en muchos niños adopta un papel secundario. En realidad muchos niños que chupan el labio inferior - o lo muerden reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontaneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo más conveniente pero desgraciadamente más poderoso. Con menor - frecuencia adoptan hábito de proyectar la lengua hacia adelante y - chuparse la lengua por la sensación de placer que les proporciona.

La acción a manera de émbolo, muy similar al acto de mamar, se con sidera una inversión o una característica residual de éste mecanismo infantil.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito proyectar la - lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar. Sea cual sea el hábito de lengua, (tamaño, postura o función) tambien funciona como causa eficáz de la maloclusión.

Sea cual sea la causa, el resultado final frecuentemente es mordida abierta permanente, maloclusión, o patología de los tejidos de soporte.

ACTOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.-

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, halagos y en ciertas formas amenazas de castigos fuertes por partes de los padres.

El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continua en la madurez, al verse sometido a las presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madura éste, se denominan "no compulsivos".

De éstas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS .-

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

Tiende a sufrir mayor intensidad o ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que éstos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito les sirve de escudo contra la sociedad que les rodea, es su válvula de seguridad contra las presiones emocionales se vuelven demaciado difíciles de soportar.

Literalmente se retráe hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También pudo haber recibido demasiada tención en el momento de la alimentación y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón.

De igual modo se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternal juegan un papel importante en muchos casos.

Aunque éstos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de los que tratan de los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorciones de hueso alveolar y posición de la pieza.

Algunos ortodoncistas opinan y afirman que antes de emprender cualquier intervención habrá que examinar minuciosamente, la duración, la frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado general de salud del niño.

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

Los niños a menudo combinan "hábitos bucales primarios con hábitos secundarios" Tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz.

Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

Existen algunos métodos eficaces y no drásticos, un autor proponía que los niños con conocimiento de los padres, les hablaran por teléfono al consultorio. Después de conversar sugería simplemente que quién llamaba sonaba "tan mayor" que naturalmente no podía ser el

niño que "antes se chupaba el pulgae", con ésto generalmente se da el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño. Si el niño lo deseaba se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en el "registro especial de nuestro consultorio".

Despues de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. naturalmente el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontologo en casa:

1'- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (Una o dos - semanas)

2.- No criticar al niño si el habito continua.

3.-Ofrecer una pequeña recompensa al niño una vez abandonado el hábito.

Sin ésta cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

5.- Se há de intentar una transferencia de la confianza, seguridad y - entusiasmo del odontólogo y su asistente al niño.

Una conversación constante de parte del odontólogo o de la asistente ayudará a cumplir etse objetivo.

6.- Si el niño no desea conceder que hay trabajo importante por rea- lizar, el odontólogo debe mantener un enfoque positivo, en primer lugar mediante el control de la voz.

Si ésto no tuviera éxito se deberá utilizar alguna forma de res - tricción para crear la imágen de que va a ser constante el esfuerzo por proporcionar el debido servicio de salud. El niño que carezca de disci- plina en su hogar, muchas veces otorgará su respeto al odontólogo que se la brinda.

CAPITULO III

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS

1.- HABITOS DE PRESION

A) SUCCION DIGITAL

Engel afirmaba que la observación directa en los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de recto. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares llamado Reflejo de Succión.

Incluso antes de nacer se han observado fluoroscópicamente en el niño contracciones bucales.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella como lo demuestran los reflejos de succión. Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad. Este reflejo influye en el niño y sus situaciones iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que éste reflejo sea marcadamente predominante.

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

En éste comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociados con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas "pruebas bucales" evidentemente no solo sirven para aliviar la tensión del ham-

bre experimentada por el niño sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca especialmente si son calientes o blandos traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando éstas experiencias satisfactorias se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse el dedo a la boca. El pulgar mantenido en la boca, se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio satisface la necesidad de tener algo en la boca, también la necesidad de agarrarse de algo.

Se han logrado hallazgos interesantes de estudios realizados por pediatras para determinar cuál es la frecuencia real de succión del pulgar y los otros dedos en una sección transversal de pacientes observados en un consultorio pediátrico. En un estudio de éste género se examinaron a 2650 lactante y niños de más edad, desde el nacimiento hasta los 16 años de edad y observaron que 46 por 100 de ellos succionaron su pulgar en alguna etapa de su vida. De éstos 25 por 100 comenzaron durante su primer año de vida. En promedio la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los 4 años. Existían algunos sin embargo que habían continuado el hábito hasta edades tan avanzadas como 12 o 15 años.

No todos los hábitos del área oral son de intensidad suficiente para efectuar adversamente los dientes. Se ha establecido el hecho y repetido que si el hábito cesa alrededor de los 5 años de edad no produce una maloclusión permanente y hemos leído declaraciones de que los hábitos no son una causa significativa de la maloclusión.

Hughes estableció que cerca del 16% de los casos de succionadores de dedo se distorcionan tanto y son tan pocos inclinados a la corrección de por sí, que el tratamiento ortodóntico es necesario si se desea remediar la situación.

Este no es un alto porcentaje pero sí deja un grupo grande como para causar preocupación a los padres porque a unos se les produce la distorsión y a otros no.

Hay una razón por supuesto no es muy difícil de ver.

El observador clínico relaciona PRESION como el factor fundamental en crear el daño. La nueva colocación del dedo en la boca y la succión suave no alterará necesariamente la oclusión dental o causará la alteración de la forma palatina, para otro niño con tensión ejercerá presiones poderosas, algunas tanto que parece increíble que tengan una intensidad tan grande. Est presenta frecuentemente una distorción variando su grado de acuerdo a la presión que se ejerza.

Este punto debe ser aclarado a los padres: que en forma social y psicológicamente ésta succión del pulgar puede ser un problema, y si la presión es mínima el efecto sobre la oclusión será leve. Los padres que comprendan éste punto terminarán por no estar confundidos e inciertos porque los dientes de ciertos niños que son aparentes succionadores del pulgar están poco afectados. Por lo tanto hay muchos casos dentales en los que el hábito es de poca acción, pero los padres observan el acto y esperan que el resultado pueda ser el mismo que han observado en otros.

Si se trata de una succión constante, compulsivo, el asunto es serio y sobre todo si pasa de los 6 años de edad. No se cree en la existencia del hábito "vacío", sin significación. Siempre la tiene. En todo el niño que se chupa el dedo en una edad en que debió haber superado lejos la fase de su evolución en que se podía conciderar una actividad normal y lo hace en una forma compulsiva, hay un conflicto, el hábito entonces, es una manera de expresar su aislamiento del mundo exterior, su volverse a sí mismo, un refugiarse en su fantasía, una posición autista, una regrección.

Si ese es el caso de nuestro paciente, ¿Qué valor tienen nuestro consejo, indicaciones, aparatos?

Repasemos los diferentes intentos, que son muchos, para suprimir el hábito y que van, de lo grosero a lo sutil, amenazas, sustancias de sabores repelentes, la utilización del rídículo, castigos, sobornos. Nada sirve.

_ La "Técnica del espejo", interrumpir al niño en sus juegos y ponerlo frente el espejo cinco o diez minutos para que vea lo mal que queda.

_ La "firma de un contrato previo al tratamiento" apelando a su sen-

tido de reponsabilidad (i) de su puño y letra "desde hoy no debo chuparme el dedo" procedimientos a que son efectos en algunas clínicas Alemanas, pero con adeptos en todas partes.

_Mostrarle al niño modelos y fotografías con espeluznantes maloclusiones "esto es lo que pasa cuando un niño se chupa el dedo".

_ Actuar sobre los "hábitos secundarios". Comunmente quién se chupa el dedo, tironea una sábana, o se enrolla el cabello.

_ Las sugestiones nocturnas, cuando el niño está por dormirse, repetirle varias veces, con , voz adecuada, que no debe chuparse el dedo porque... y va alguna explicación negativa.

Son todas las formas con las que se pretende solucionar el problema favoreciendo la represión actuando coercitivamente.

Y"los aparatos recordatorios" No se puede dejar de mencionar aquí el importantísimo trabajo de Korner y Reider, analizaron en profundidad casos de niños quienes usaron esos"recordatorios" y habían dejado de chuparse el dedo, para satisfacción de las partes interesadas: La madre y el odontólogo. ¿Y el niño? qué pasaba con ese niño que había dejado el "mal hábito"? señalemos los dos efectos laterales observados: Una mayor hostilidad y un mayor sentimiento de culpa con respecto a sus "malos impulsos".

¿Qué hemos ganado si el niño ya no se chupa el dedo pero contribuimos a aumentar su hostilidad ? ¿o le brindamos un aliado excelente que calmó ese sentimiento de culpa, sienten en un plano inconciente, que merecen usar ese aparato agresivo, lo "aceptan" y lo usan.

En algunos casos se concidera oportuna la colocación de una placa de Hawley, no como recordatorio para no chuparse los dedos, sino para que la labioversión de los incisivos no avanzara. Tenemos con el niño una conversación franca a solas diciéndole más o menos: "Tu madre te há traído porque tus dientes se están desviando, porque dice que se ve feo y quiere que yo haga algo para que no te chupes más el dedo. Es cierto que tus dientes se están yendo hacia adelante. pero si te chupas el dedo es seguramente porque los necesitas. Yo creo que lo único que podríamos hacer, por ahora, y siempre que lo quieras, es tratar de que los dientes no vayan más hacia afuera. Habría qu colocar una plaquita

como ésta. Te repito no es para que dejes de chuparte el dedo, puedes continuar haciendolo si lo deseas. Piensalo y cuando creas que estás en condiciones de llevarla me avisas."

En algunos casos, ésta política dió buen resultado, pero unida a la psicoterapia adecuada y a una actitud positiva de los padres con quienes se habló por separado. ¡Cuántas veces los padres han querido usar al odontólogo como instrumento para asustar al niño y que deje su hábito!. No debemos, no podemos aparecer ante el chico como cómplices, como la figura castigadora.

Se insiste en que después de las épocas que la succión constituye una actividad normal, y que en modo alguno debe impedirse, solo podemos conciderar el chupeteo compulsivo como un síntoma, como demostración objetiva de que algo anda mal y es entonces una forma de buscar "El equilibrio psíquico interno dominando la ansiedad;" no es difícil comprobar en esos niños que en la relación con los padres sus necesidades efectivas quedan insatisfechas. Y así el hábito queda o aparece como una forma de conducta que les permite "sobre un trans fondo de carencia emocional...reducir la tensión interna desagradable que deriva de la agresión, y dar placer a su propio cuerpo.

Lo primero en éstos casos es descubrir el porqué del hábito, saber qué le pasa al niño, y no vacilar en los casos que sea necesario, en derivar al especialista en problemas emocionales de niños para un enfoque conjunto que ayude a la solución.

Es curioso que los adultos con más fuentes y oportunidades de placer que el niño para calmar nuestra irritación o ansiedad, para liberar nuestras tensiones tengamos tan poca comprensión e indulgencia y seamos tan estrictos.

La complejidad del problema no significa en modo alguno que el odontólogo deba salir de su función específica, cambiar su rol, y resolver los casos psicoterapeuticamente sino actuar con la suficiente capacidad de empatía para que se acepten ciertas normas prácticas y concretas.

Como ejemplo de éstos casos problema se mencionarán algunas historias de pacientes, niños mayorcitos, quienes han pasado de los 6 años, con dentadura mixta.

_ L.R. tiene 6 años y 4 meses, comenzó a chuparse el dedo a los 3 años, de día y de noche, al mismo tiempo se tironeaba el cabello.

El hábito se inició cuando L. y sus padres van a vivir con la abuela materna, en un ambiente cargado de ansiedad, cargado de problemas familiares.

DETALLES SIGNIFICATIVOS EN LA HISTORIA DE L

Tomó pecho hasta los 9 meses de edad y biberón hasta los 2 años chupón nunca, . A los 6 meses fué operado de invaginación intestinal bajo anestesia general, la madre describe esa intervención como "dura".

L. sufre de enuresis, es introvertido, se aparta de los demás niños. le obligan a quedarse en las fiestas de cumpleaños a las que no quiere concurrir.

A los 4 años concurrió al jardín de niños, en la escuela es buen alumno y no se chupa el dedo. Mientras mira la televisión se chupa el dedo. Dice la madre "el ruido me vuelve loca, no lo puedo escuchar".

En cuanto a su salud general tuvo todas las eruptivas después de comenzar con el hábito. Dice la madre "no asimila el calcio y por eso hay que inyectarlo siempre. Tiene anginas con frecuencia. Hay una hermana mayor, "que lo manda, lo domina, lo gobierna, pero él se defiende tirándole cosas".

Su pulgar izquierdo muestra signos evidentes de la interna y repetida succión. (FIGURAS 1, 2, 3)

En cuanto a la oclusión dentaria muestra articulación cruzada lateral izquierda de B a 6 y ninguna alteración en el sector anterior. (FIGURA 4)

Se coloca aparatología removible para corregir la mordida cruzada. El niño usa bien el aparato. Se sigue controlando periódicamente hasta el momento en que asoman los centrales superiores y los laterales inferiores más o menos a los 7 años.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5

Reaparece al cumplir los 9 años. Hace 3 meses que no usa el aparato. "Ocurrieron cosas en la casa". Hospitalización y muerte de la abuela paterna. "No quería usarlos". Los incisivos laterales superiores están ahora en una franca labioversión, casi un centímetro. Succión del dedo en todo momento.

(FIGURAS 6,7,8)

Cuando no está con el dedo en la boca, se chupa constantemente el labio inferior. La madre: "le van a decir conejo". Y habla de llevarlo a un psicoanalista (menciona efectivamente el nombre de una distinguida profesional completamente fuera de sus posibilidades económicas). La sugerencia del psicoterapia al comienzo del tratamiento no fué aceptada. Comenta la señora que, según su marido, los "psicoanalistas no tendrían que existir en el mundo". Pero que ella está decidida a hacerlo ver.(?)

La mordida cruzada lateral está corregida. La señora acepta recomenzar el tratamiento en marzo. El niño no regresa.

Recordamos a Escardó cuando dice que "En una gran cantidad de presencias clínicas el niño aparece como portador de los síntomas de un trastorno que radica en el funcionamiento interno del sistema familiar: a poco que se observe se cae en la cuenta que la familia está enferma en sí misma y que el niño es tan solo su - órgano expresivo".



FIGURA 6



FIGURA 7

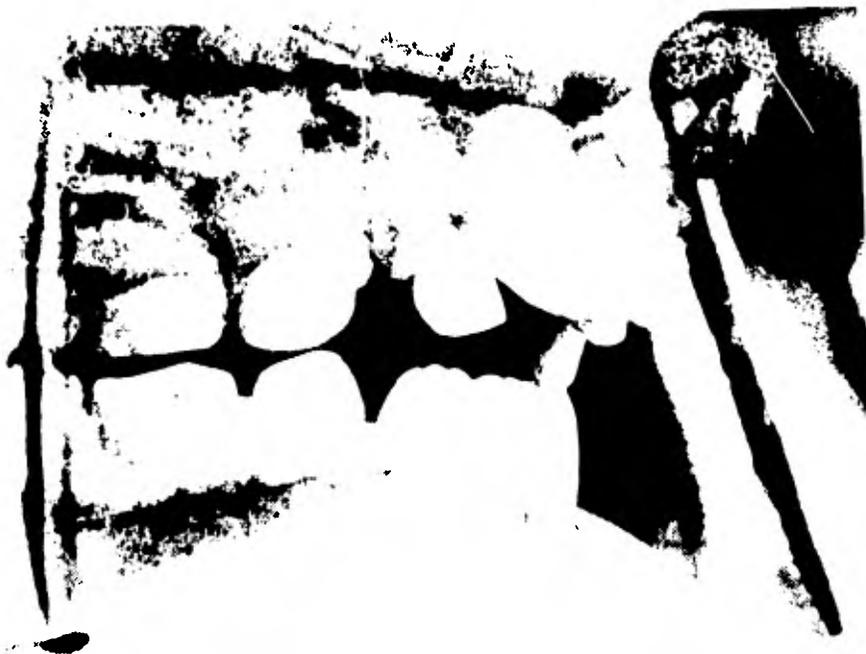


FIGURA 8

_ G.E.M. Tiene 8 años, comenzó a chuparse el dedo a la semana de nacer y siguió constantemente, aumentando en intensidad. Ahora lo hace cuando mira la televisión principalmente. Hay una evidente maloclusión en el sector anterior. (FIGURAS 9, 10, 11)



FIGURAS 9 y 10



DETALLES SIGNIFICATIVOS EN LA HISTORIA DE G.

La madre no le dió pecho "los pechos se me secaron cuando tomé las pastillas que tomé después que mi primer hijo falleció". Le dió biberón en los brazos, "pocos minutos" cada tres horas. A los cuatro meses pasó al alimento sólido. No se le dió chupón por consejo de una vecina, pero hace 2 años (6 de edad) pidió y se lo compraron (i)

Le quemaron los dedos con fósforos que le produjeron ampollas, pero siguió con la succión del dedo. "le hablaron" nada, lo amenazaron y prometieron cosas , nada.

G. Va a la escuela por la tarde. Juega con otros niños casi todos mayores que él. Tiene una hermana de 11 años con quién se lleva "como perros y gatos". El padre es muy poco comprensivo, muy nervioso, intolerante. "Algún resentimiento por una infancia mala" dice la madre. "conmigo anda mejor. Me cuenta cuando el padre le pega". La señora es asmática crónica desde los 2 años. Perdió a su madre a los 6, a su padre a los 12. Estuvo hasta los 20 años en un colegio religioso. Se casó a los 26. Su primer hijo nació muerto. Tomó entonces pastillas para frenar la lactancia y a los 7 meses volvió a estar embarazada.

En 1967, colocamos un Hawley superior y a mediados de marzo de 1968, un Hawley inferior (FIGURA 12)



FIGURA 12

Chupa el dedo bastante menos. "solo cuando está nervioso".

Usa los aparatos sin ningún problema. La maloclusión va corrigiéndose bien. (figura 13)



FIGURA 13

Le controlamos cada 15 días. Interrumpe sin aviso en mayo de 1968, cuando la oclusión estaba prácticamente normalizada.

Reaparecen en enero de 1970, sin mayores explicaciones por la ausencia. Hace dos meses rompió los aparatos. El arco vestibular del superior y la placa inferior en la línea media. "no sabe cómo".

No puede dormir sin el dedo en la boca. "No me viene el sueño" le suele decir a la madre que quiere dormir con ella. Y yo me lo llevo a la cama porque veo que sufre". Luego lo pasa a la cama de él, pero el dedo es chupado tan fuerte que le cuesta retirarlo de la boca.

Durante el día no se lo chupa. Las relaciones con la hermana andan muy mal. De pegan.

En el colegio fue la "peste de año".

La madre se dirige al niño llamándolo "papá". Había dejado de chuparse por completo. Habese pide a la madre que duerma con él. Tiene miedo a la sombra de un árbol en el vidrio de la puerta.

Se decidió dejarlo los 2 meses de vacaciones sin aparato y observar la oclusión que hasta ahora va bien.

En julio de 1970, tiene 10 años y 10 meses se le extrae el segundo molar superior primario derecho y los dos molares superiores izquierdos muy móviles. Va mejor el problema de la succión. Solamente para la televisión y para dormir. "Creo que lo hace por mí, sabe que es tanto lo que me molesta pero para dormir tiene que ponerse " Há mejorado en el colegio. La oclusión sigue sin novedad. Se le cita en dos meses.

Pero reaparece en octubre de 1972 al cumplir 13 años. Succión del dedo en todo momento. Inclusive cuando va por la calle. Por ahora no quiere saber nada de aparatos.

Dice Belmont que "Algunos niños, conservan actividades de succión como una expresión de su temor de crecer, un temor a presentarse como individuos sanos, activos, por medio de la succión.



FIGURA 14

_ W.G. Tiene 7 años, se succiona los dedos índice y mayor con la cara palmar hacia adelante en cualquier momento, para y durante el dormir. (Figura 15)



FIGURA 15

Hay labioversión de los centrales y laterales superiores -
(figura 16)



DETALLES SIGNIFICATIVOS EN LA HISTORIA DE W.

Tomó el pecho solo 7 u 8 días. La madre no tenía leche a ninguno de sus tres hijos le dió pecho. A W. le sigue una hermanita de 5 años con quién se lleva "a las patadas" (cambió cuando nació la niña) luego hay 2 mellisos de 2 años a quienes quiere mucho. W usó chupete hasta los 2 meses y entonces lo rechazó y pasó a los dedos.

Es un niño inquieto, distraído, nervioso, tiene dificultades en la escuela; se levanta, camina, dibuja en el pizarrón, no termina de copiar a tiempo, problemas de conducta y aplicación.

No tuvo enfermedades en el primer año de su vida. Fué operado a los 3 años de las amígdalas. "porque se resfriaba". No sabía qué se le iba a hacer, no se le dió anestecia general. Postoperatorio "normal" pero aumentó la succión de los dedos. No tiene amigos, no va a ningún club. En un momento dejó de chuparse el dedo porque se lo pintaron pero vió a su prima de 6 años que se chupa el pulgar y reanudó.

La hermanita tuvo chupón hasta los 4 años y lo dejó. Los mellisos se chupan el dedo. El niño viene recomendado por el pediatra, quién al mismo tiempo lo envía una psicóloga.

La madre acepta la placa Hawley programada, concurre para que se le tome la impresión, pero no vuelve más, a pesar de los reiterados llamados telefónicos y promesas que sí lo hará.

_ N.L. Toene 9 años y 2 meses y se chupa el dedo desde que nació. (figura 17)

DETALLES SIGNIFICATIVOS EN LA HISTORIA DE N.

Tomó el pecho 6 meses. Rechazó el chupón. Tomó hiberón hasta más de los 2 años. Hasta los 5 tomó la leche sin inconveniente y a partir de los 5 años la rechazó. No hay otros problemas de ali-

Se chupa solamente el pulgar izquierdo en cualquier momento, en la calle , para dormir (mientras se realiza la entrevista tambien lo hace recostada sobre el escritorio) Tiene problemas de conducta - . Es desobediente, no la aceptan en la escuela por mal comportamiento, las maestras no la aguantan. Se la retira y se le pone una maestra particular. A los 7 años el médico del Consejo la deriva al Instituto de Higiene Mental, se le dan drogas e inyecciones que la atontaban, el médico dice que puede irse a la escuela, pero la Directora no la acepta.

N. tien 6 hermanos. El de 6 años se chupa el dedo, cuando está aburrido o cansado y el menor tambien, luego de tener el quinto hijo tubo un aborto. La señora, quien no controla sus embarazos por razones religiosas, há decidido "parar" hasta que se arregle el problema de N.

Con referencia a la succión del pulgar, a la señora le preocupa porque cree que la gente la mira y le echa la culpa (a la madre) "me siento muy incómoda, no puedo aguantarlo". La señora tiene un hermano que se chupó el dedo hasta los 11 años.

N. no tiene amigas: dice la señora que una vez le preguntaron si le gustaría tener una amiga y la niña contestó negativamente. Pero la señora aclara que ella quiere elegirle las amistades "no me gusta que me traigan cosas a mi casa, por ejemplo palabras" 10-6-68. Se coloca placa de Hawley. (Figuras 18, 19). La señora concurre con su esposo hace 15 días y fueron citados de nuevo con otra doctora. Le pidieron electroencefalograma "que salió con su nivel un poco bajo " y quizá tendría que ir a un colegio diferencial. 2-9- 68 . Está usando la placa bien y la madre dice que se chupa mucho menos el dedo. i y 2 van mejorando sus posiciones (Figuras 20) 5-11-68 N. vuelve con los aparatos rotos. No sabe cómo se rompieron "hace mucho". Há recrudescido la succión . "Está muy inquieta". Se decide interrumpir unos 15 días. No vuelve.

Regresa 30-10-73, ya cumplidos los 15 años, en el lapso transcurrido, ninguna atención odontológica. Sigue la succión del dedo aunque algo menos, "se chupa cuando tiene una batalla" dice la madre aclara que las batallas se producen con discusiones con ella con

los hermanos cuando pide algo y no se lo dan.

Chupa el dedo durante el día y también mientras duerme. Terminó la escuela primaria con maestra particular, sin dar explicaciones y con mucha dificultad..



figura 17



FIGURA 18



FIGURA 19



FIGURA 20

"Ahora quería volver". Volvemos al Hawley superior, que usa bien durante 15 días. Falta, y al mes trae el aparato roto, se hace la compostura y se controla semanalmente. Va mejorando pero al mes rompe otra vez el aparato. Nueva compostura y con mucha irregularidad en el cumplimiento de las citas, la seguimos viendo pero irrumpe sin aviso durante 5 meses. (FIGURA 21 y 22)

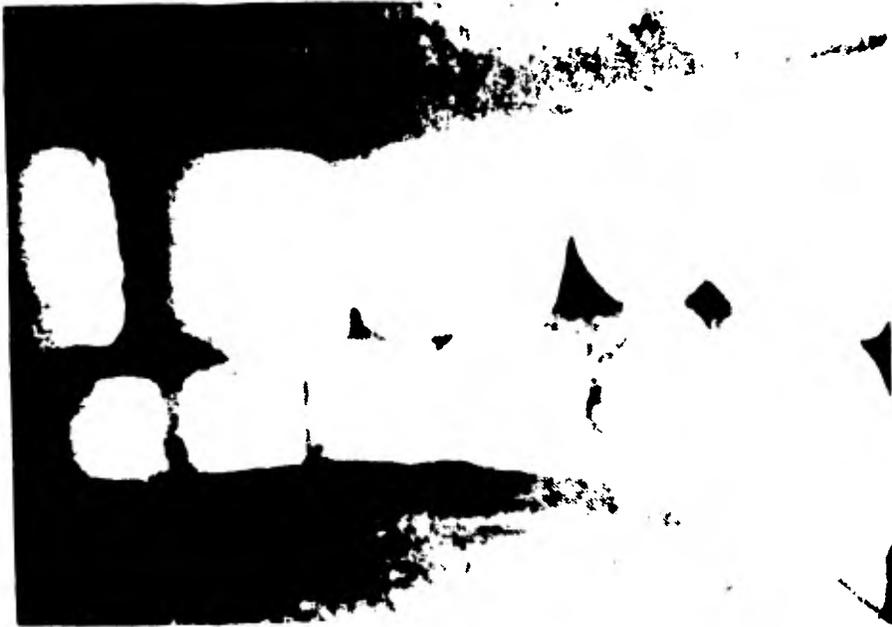


FIGURA 21



Reaparece en julio de 1974. La oclusión , muy mejorada pero vuelve a desaparecer y en diciembre conseguimos una entrevista con la madre quién nos informa que la niña perdió el aparato y no quiere seguir.

En cuanto al enfoque odontológico del tratamiento, creemos que es absolutamente necesario un estudio a fondo del problema para indicar en forma oportuna algún tipo de aparatología con posibilidades de buen éxito, lo que importa, en nuestra opinión en los casos de hábitos bien establecidos, es entender el síntoma (la succión del dedo) dentro del cuadro situacional y no tratarlo hasta estar seguros de la etiología.

B) HABITO DE MORDERSE Y CHUPARSE LOS LABIOS

Aunque muchos acasos de proyección de lengua pueden atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil ésto no es la causa en los hábitos de morderse y chuparse los labios.

En muchos casos el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y dificulta el cierre correcto de los labios durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores. Para lograr ésta posición, se vale del músculo borla de la barba, que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior.

Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y hacia

y hacia adelante hasta una relación protrusiva. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del labio anormal, el borde o bermellón se hipertrofia y aumenta de volúmen durante el descanso. En algunos casos aparece herpez crónico con zonas de irritación y - agrietamiento del labio. En ocasiones el hábito de chuparse el labio ocasiona enrojecimiento e irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior. El dentista deberá - interesarse por las concideraciones del sistema estomatognático. La prueba funcional es tan importante como la relación oclusal habitual.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una concideración importante aquí es la necesidad de hacer un - diagnóstico diferencial antes de intentar desterrar el hábito del labio. Si existe maloclusión de clase II división 1 , o un problema de sobremordida horizontal excesiva. La actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adoptiva a la mordida dentoalveolar. Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria, es buscar el fracaso. El primer servicio que deberá ser prestado en éstos casos es el establecimiento de la oclusión normal.

Generalmente ésto exige los servicios de un especialista en ortodoncia. La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero, si la oclusión posterior es normal o há sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio puede ser necesario aplicar un aparato para - labio. El número de casos en que es necesario colocar el aparato - para labio es pequeño. La actividad labial anormal casi siempre está ligada con maloclusiones clase II, división 1 y problemas de mordida abierta.

Y la eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal.

En los casos en que el hábito es primordialmente un "tic" neuromuscular, o como dice la madre, "un hábito nervioso", el aparato para labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suele ser necesario aparatos para mover dientes. Es agradable observar como la lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

C) HABITOS CON LA LENGUA

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.

Sin embargo no há sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores, como el empuje afecta a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho puede ser fortalecido. Al igual que con la succión digital, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta anteriorfrecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del dedo y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que puede tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión..

En algunos casos al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abier- las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides lin- guales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La di- mensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se - igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Esto no es una situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía, otro es el estrechamiento bi- lateral del maxilar superior al descansar la lengua en la boca, pro- porcionando soporte para la arcada superior. Clínicamente, ésto pue- de observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia otro, al desplazarse el maxi- lar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

D) HABITOS DE MALAS POSICIONES

De tiempo en tiempo los investigadores tratan de probar que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusión. Se há acu- sado a muchos niños encorvados con la cabeza colocada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia re- trusión del maxilar inferior. La mayor parte de tales acusaciones son infundadas.

Tampoco es factible que se provoque maloclusión dentaria porque el niño descansa su cabeza sobre las manos durante periodos inde- terminados cada día, o que duerma sobre su brazo puño o almohada ca- da noche. La mala postura y la maloclusión dentaria puede ser re- sultados de una causa en común. La mala postura puede ecentuar una maloclusión existente. Pero aún no há sido probado que constituya el factor etiológico primario.

E) HABITOS DE RESPIRAR POR LA BOCA

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en 3 categorías: 1) Por obstrucción , 2) por hábito, y 3) por anatomía.

Los que respiran por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire 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 boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. Debe poderse distinguir a cuál de éstas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados, frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofarínge estrechos, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales, que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios, como se encuentran en los individuos branquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por: 1) hipertrofia de los turbinatos causado por alergias infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubren los conductos nasales, rinitis atrofica, condiciones climáticas frías y cálidas o aires contaminados. 2) tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal. 3) Adenoides agrandadas, como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por ésta causa, 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.

F) HABITOS MASTICATORIOS

Los hábitos de succión se encuentran en los niños de corta edad mientras que los de masticación son frecuentes en la adolescencia. Por lo general, los primeros persisten durante unos años, hasta derivarse en los segundos.

El masticar el lápiz puede perjudicar al periodonto; el usar como palanca el lápiz, o la pipa si se trata de un sulto, puede originar el movimiento de uno o más dientes, la mejor terapia es el auto-control. El morderse las uñas es un hábito muy frecuente en los niños y jóvenes, siendo raro en los adultos por considerarse un estigma social. Los estudios que al respecto se han hecho, han demostrado, en contra la creencia general que no presenta efectos perniciosos en la dentición. Toda la terapeutica que se base en castigos como colocar sustancias amargas en las uñas es contraproducente.

El aspecto más importante de éste problema reside en que el hábito há sido adquirido como una ayuda para aliviar la tensión interior.

CAPITULO IV

"LOS HABITOS Y SUS ALTERACIONES SUBSECUENTES"

EFFECTOS DENTALES DE SUCCIONES A LARGO PLAZO DEL PULGAR Y OTRO DEDOS.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de de dedo varían ampliamente.

Generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas, pero si el hábito persiste durante el periodo de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años, pueden producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia, y duración de cada periodo de succión.

Debe recalcar que el desplazamiento de piezas o la inhibición de la erupción normal puede prevenir de dos fuentes: 1) de la posición del dedo en la boca, 2) de la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas, y el alveolo por la fuerza que genera, si además de succionar, presiona contra las piezas. (FIGURA 23)

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a qué mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo.

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores, esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado en la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.



FIGURA 23



FIGURA 24

Algunos examinadores concideran que los segmentos posteriores maxilares pueden verse forzados lingualmente por la musculatura bucal en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior bilateral.

Según el hábito puede presentarse tendencia a producir sobreerupción de las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta. Se puede dudar de que la succión del pulgar produzca un estrechamiento en la sección palatina.

La prominencia resultante de los incisivos permanentes superiores, emplazados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.

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

El músculo mentális se puede contraer marcadamente, lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir.

El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual a los anteriores superiores, no en labial como es común.

Esto aumenta la sobremordida horizontal e inicia un círculo vicioso que perpetúa la mordida abierta y la protrusión labial superior. Esto se produce a causa de la contracción del músculo mentális al deglutir lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo el labio inferior puede entrar en contacto con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores con algo de fuerza, durante la fase final de espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra las piezas por la musculatura peribucal puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión.

Sin embargo debe mantenerse ciertas perspectivas cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales.

El hecho de que un niño haya desarrollado una maloclusión de II clase, división 1, y casualmente también succione el pulgar, no justifica la conclusión de que succionar el dedo por sí solo, produce la maloclusión de II clase. Deberán considerarse los factores de herencia. La observación minuciosa de las oclusiones de los padres puede revelar factores importantes a éste respecto. (FIGURA 25)

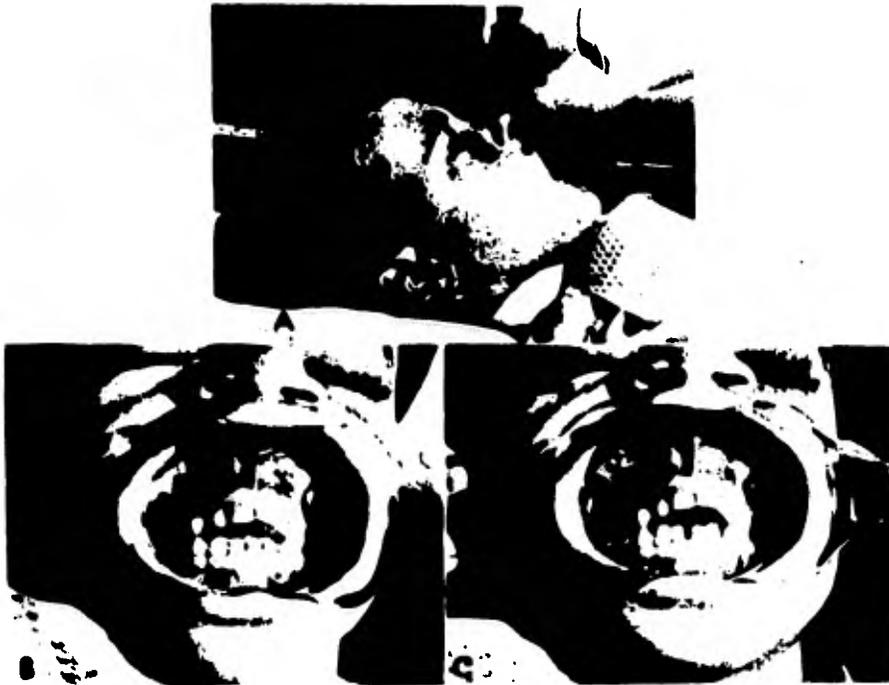


FIGURA 25

EMPUJE LINGUAL

Al igual que con la succión del pulgar el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores aunque en éste hábito pueda presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada u ceceo.

Además la colocación constante de la lengua entre los dientes, y contra el paladar causará una distorsión del proceso alveolar en la región en donde la presión es más grande.

La colocación del labio inferior entre las superficies linguales de los incisivos superiores y las superficies labiales de los incisivos inferiores pueden causar una protrusión y el espaciamiento de los dientes superiores, una Overbite (sobremordida) y una inclinación lingual de los incisivos inferiores.

El labio superior debido a la protrusión de los incisivos superiores, comunmente se arrolla hacia atrás y se acorta, y debido a que los labios se separan hay una posible respiración bucal.

La succión de dedos, mordida del labio y presión de la lengua sobre los dientes, causan todos, en mayor o menor número casos característicos de maloclusión.

De los hábitos MASTICATORIOS como el morderse las uñas, no ayuda a producir maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo en ciertos casos en que individuos que presentaban ése hábito, cuando permanecían impuresas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores.

Otro hábito nocivo, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban éste hábito se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

DEFINICIONES

El término "sobremordida vertical" (Overbite) se aplica a la distancia en la que el margen incisal superior sobrepasa a el margen incisal inferior, cuando los dientes son llevados a la oclusión habitual o céntrica.

"Sobremordida horizontal" (Oberjet) es una medida horizontal que se refiere a la distancia entre el aspecto lingual de los incisivos superiores y la superficie labial de los incisivos inferiores cuando los dientes son llevados a oclusión céntrica o habitual.

"Mordida abierta" Se refiere a la situación en la que existe un espacio entre las superficies oclusales e incisales de los dientes superiores e inferiores de los segmentos vestibulares o anteriores, cuando el maxilar inferior se lleva a la posición oclusal céntrica habitual.

El término "mordida profunda" se refiere a un estado de sobremordida vertical excesiva en la que la dimensión vertical entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva al llevar el maxilar inferior a su posición habitual u oclusión céntrica.

"Mordida cruzada" se refiere al caso en que uno o más dientes ocupan posiciones anormales en sentido vestibular lingual o labial con respecto a los dientes antagonistas.

CAPITULO V

TRATAMIENTOS

A) METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES

EJERCICIOS MUSCULARES

Sucede con frecuencia que un niño de 7 u 8 años de edad presenta incisivos superiores ligeramente en protrusión y con espacios. Los procesos normales de crecimiento y desarrollo generalmente corrigen ésta prominencia temporal. Para ayudar a la corrección autónoma y para evitar el restablecimiento de hábitos anormales de labio y de lengua que pudieron acentuar la deformidad se recomiendan - ejercicios labiales sencillos.

Las características más obvias de éste tipo de problemas son hipotonicidad y flacidez del labio superior.

Al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios, - durante un periodo de 4 o 5 meses, cuando el niño presenta labio corto superior.

Cuando la protrusión de los incisivos superiores constituyen - también un factor, el labio inferior puede ser utilizado para mejorar el ejercicio del labio superior.

El borde bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuertemente posible contra el labio superior. Este tipo de ejercicio, es de una gran influencia retractora sobre los incisivos superiores, a la vez que aumenta la tonicidad de ambos labios. Este ejercicio es muy valioso para los niños que respiran por la boca y que no suele juntar los labios en descanso. Un mínimo de 10 minutos diarios es necesario para lograr resultados.

Donde existe una maloclusión franca de clase II división I con sobremordida vertical y horizontal excesiva y función muscular peri-

bucal anormal, éstos ejercicios son valiosos antes y durante el tratamiento ortodóntico.

Existe un componente sensorial en el masaje labial por lo que tal ejercicio bien puede servir de sustituto para los hábitos de lengua y dedo, ya que proporciona una reacción de satisfacción similar. Aunque el ejercicio no es desagradable y la cooperación del paciente es fácil de obtener, la piel inmediatamente junto al labio puede irritarse. Un emoliente suave o gelatina de petrolato o vaselina sencilla controla éste problema.

Muchas veces se ve al niño antes de que se encuentre listo para recibir aparatos para mover dientes. Un sistema de ejercicios labiales diarios del tiempo descrito anteriormente tenderá a contrarrestar la influencia deformante de la función peribucal muscular normal compensadora asociada con la maloclusión y aumentará la tonicidad y la influencia restrictiva de los labios.

El ejercicio atraerá la atención del niño hacia la protrusión de los incisivos superiores. Estando consiente de su problema, procederá con mayor cuidado al proyectar actividades que pudieran provocar fractura de éstos dientes predispuestos a los accidentes.

Para los niños con maloclusión de clase II división I, endesarrollo tocar un instrumento de viento puede constituir un procedimiento ortodóntico interceptivo. Las exigencias sobre los labios realizan la misma función que los ejercicios labiales. Algunos ortodoncistas prescriben ejercicios de soplar para aumentar la tonicidad labial .

Es posible que todos los ejercicios de éste tipo sean benéficos.

Sin importar el ejercicio empleado, este deberá ser frecuente, tanto en intensidad como en duración, cada día durante un periodo de tiempo considerable para que puedan lograrse los resultados positivos deseados.

METODOS EXTRABUCALES

Algunos de los metodos utilizados con éxito por los odontólogos y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias,

comercialmente disponibles a éste 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. Sin embargo todos éstos medios tiene algo en común, se basan en la aceptación del niño para romper el hábito. Deverá advertirse siempre a los padres que la eliminación de éste hábito puede dar lugar al surgimiento ; de otro.

La actitud de los padres durante éste tipo de procedimientos es de inegable importancia. Si exigen del niño una perfección que éste no puede lograr, el procedimiento estará destinado al fracaso.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS

La mayoría de los instrumentos intrabucales fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste son conciderados por el niño instrumentos de castigo. Pueden causar transtornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños éstos instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpanilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de caracter feliz a un "niño nervioso".

Las siguientes son preguntas que deberán hacerse el odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño algún nstrumento para romper hábitos nocivos.

- 1.- Comprensión del niño ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿quiere el niño que lo ayuden?.
- 2.- Cooperación paterna. ¿Comprenden abos padres lo que se está tratando de hacer, y le han prometido cooperación total?

- 3.- Relación amistosa: ¿Há establecido usted una relación amistosa con el niño de manera que en la mente de éste exista una situación de "recompensa" en vez de una sensación de "castigo" ?
- 4.- Definición de la meta :¿Han elegido los padres del paciente una "meta definida" en términos de tiempo y en forma de premio material que el niño trta de alcanzar?
- 5.- Madurez ¿Há adquirido el niño la madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento, que puede procucir ansiedad a corto plazo?

El odontólogo que se formule éstas preguntas y se asegure de que, una por una, las respuestas son afirmativas, generalmente puede sentirse seguro al aplicar un instrumento de formación de nuevos hábitos. La mayoría de las personas que informan de éxitos logrados con éste tipo de instrumentos concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento casi siempre condena a éste al fracaso.

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser construidos por el odontólogo. La mejor manera de clasificarlos es tal vez en instrumentos FIJOS Y REMOVIBLES.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más propiado de instrumento, después de tomar en concideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años en quien solo están presentes las piezas primarias los instrumentos remobibles pueden no ser bien aceptados a causa de la inmaduréz del niño. En la edad de dentadura mixta engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos remobibles, en éste grupo entre lo 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 siempre "castigado", mientras que un instrumento remobile puede permitirle la libertad de llevar el instrumento solo en periodo s cfticos, como la noche.

Ciertamente para el odontólogo, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábito son más fáciles de construir y - ajustar que los de tipo fijo, la mayor desventaja de los aparatos removibles es que el niño los lleva cuando él desea.

APARATOS REMOVIBLES

TRAMPA CON PUNZÓN.- Una trampa con punzón es un instrumento re- formador de hábitos que utiliza un "recordatorio afilado de alam- bres para evitar que el niño se permita continuar con su hábito.

La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instru- mento acrílico removible tal como el retenedor de Hawley o pueda ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizado como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para: 1) romper la succión y la fuer- za ejercida sobre el segmento anterior. 2) Distribuir la presión tam- bién a las piezas anteriores. 3) Recordar al paciente que está entregándose a su hábito y 4) Hacer que el hábito se vuelva desa- gradable para el paciente. (FIGURA 26)



TRAMPA DE RASTRILLO

Las trampas de rastrillo al igual que las de punzón pueden ser fijos o removibles, sin embargo como el término lo implica éste aparato en realidad, más que recordar al niño, lo castiga.

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

Las puas no solo dificultan la succión del pulgar sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

(FIGURA 27)



FIGURA 27

INSTRUMENTO TIPO HAWLEY

Otro método será la construcción de un instrumento acrílico de tipo Hawley en la dentadura superior con resortes haciendo presión contra los incisivos desde el aspecto lingual.

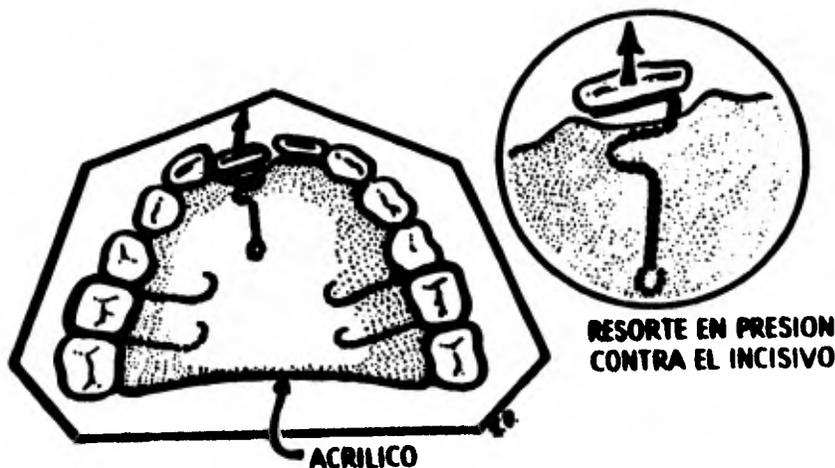
Este tipo de aparatos se utilizan en caso de incisivos superiores en protrusión. SIEMPRE QUE ESTEN ESPACIADOS podrán retraerse gradualmente ajustando el arco labial sobre un instrumento maxilar de acrílico de tipo Hawley.

El acrílico en lingual, a los incisivos, tiene que recortarse, para permitir el movimiento de las piezas en dirección lingual.

Si se presenta una mordida profunda con los incisivos inferiores tocando el paladar o cúngulo de los incisivos superiores, puede construirse sobre el instrumento un plano de mordida. Esto permitirá la progresiva erupción de los molares, o la depresión de los incisivos inferiores, o también puede ocurrir una combinación de éstos dos movimientos.

Deberá tenerse gran precaución al mover los incisivos superiores lingualmente con el método que acabamos de describir. Deberán comprobarse con radiografías para asegurarse de no interferir en los caninos o en el espacio destinado a ellos.

También los ajustes linguales al arco labial deberán realizarse muy gradualmente, para no lesionar las extremidades radicales en desarrollo o la pulpa. (FIGURA 28)



ESPATULA LINGUAL COMO PALANCA

Existen varias maneras de corregir mordidas cruzadas a anteriores los casos incipientes en los que el incisivo maxilar está aún brotando y está 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 cómo presionar con la mano sobre la espátula lingual y se incerta la otra extremidad entre los incisivos 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 éste tipo deberán hacerse con cierta frecuencia y en ciertos periodos del día, de otra manera el paciente lo olvidaría, perdería el interés, y no tendría una disciplina clara qué seguir.

Si el método no es eficaz en una o dos semanas deberán iniciarse entonces algunos otros procedimientos.

EL PLANO DE MORDIDA

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

El plano deberá ser suficientemente empinado para dar un empuje marcado a la pieza o las piezas 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 asienta sobre el modelo, se recorta para no tocar las papilas gingivales. Se pueba en la boca y se corta y pule el lano inclinado hasta lograr la angulación y altura deseados, entonces se cementa en la boca. Otra opción es dejarlo sin cementar solo que quede bien ajustado a los dientes .

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

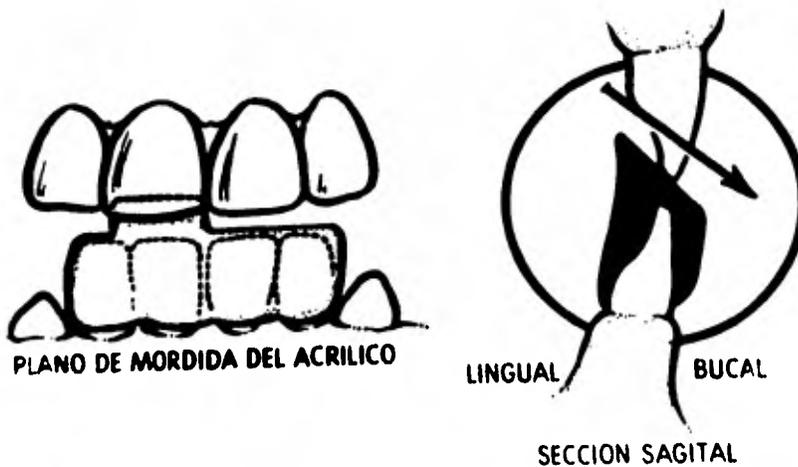


FIGURA 29

APARATOS FIJOS

APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE SUCCIÓN DE DEDO.

Una de las formas más eficaces es una criba fija. Se hace una impresión de alginato en la primera visita y se vacían moldes de yeso. Si los contactos proximales son estrechos en la zona del segundo molar deciduo superior se recomienda colocar alambre de bronce como separadores en ésta visita. A continuación se fabrica el aparato sobre el molde para colocarlo en una visita subsecuente.

En términos generales, los segundos molares deciduos superiores constituyen buenos dientes de soporte.

Las coronas metálicas completas son preferibles a las bandas de ortodoncia ordinaria.:

FABRICACION

Los segundos molares deciduos con recortados 3 mm. en la circunferencia del margen gingival, se adaptan coronas de metal de acero

inoxidable. Se fabrica una barra de base central de acero o níquel que cruza en dirección mesial al primer molar decíduo al nivel del margen gingival. También se hace una asa y espolones formados mediante el soldado de alambre recto a un ángulo de 45° respecto a las patas de alambre base formando un asa de tal forma que se extienda hacia atrás hasta el tercio anterior del segundo molar decíduo, inclinado hacia el paladar un ángulo de 45° respecto al plano oclusal.

A continuación se suelda la otra pata del asa central se suelda un espolón palatino medio a la barra base y los tres espolones se doblan hacia el paladar. Se coloca una cantidad abundante de pasta para sellar o soldar a las coronas de acero cromo y al alambre base y se sueldan con soldadura de plata., y el aparato se retira del modelo y se alisa la unión de soldadura y los extremos de los espolones, el aparato se encuentra listo para ser pulido. Debemos asegurarnos de hacer una ranura en el aspecto vestibular de cada corona antes de probarla dentro de la boca de tal forma que exista un mínimo de presión sobre la encía.

Al niño solo se le advierte que el aparato es para enderezar sus dientes. En ningún momento se menciona que se intenta hacer desaparecer el hábito. Al padre se le pide que proporcione los mismos informes en casa de la misma manera a los hermanos.

Una vez cementado el aparato se le indica al niño que tardará varios días en acostumbrarse al aparato, que experimentará alguna dificultad para limpiar los alimentos que se alojen debajo del aparato, y que deberá hablar lentamente y con cuidado, debido a la barra que se encuentra dentro de su boca. No se hace mención del dedo.

Después de un periodo de ajuste de dos o tres días la mayor parte de los niños casi no están concientes del aparato. Deberán hacerse visitas de revisión cada tres o cuatro semanas. El aparato se llevará de cuatro a seis meses, en la mayor parte de los casos.

No podemos hacer demasiado énfasis en que el aparato NO es castigo ni una experiencia dolorosa intensional. No deberán colocarse

espolones afilados. La estructura está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito. (FIGURA 30)

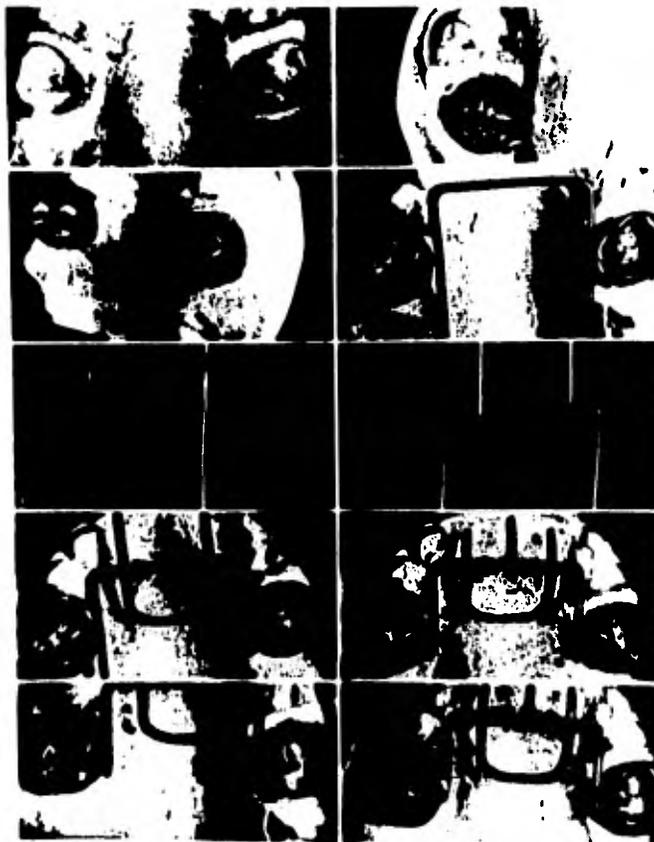


FIGURA 30

PROYECCION DE LENGUA

El aparato para el hábito de proyección de lengua es una variante del aparato descrito anteriormente para el hábito de succión digital, tiende a desplazar la lengua hacia abajo y hacia atrás duran-

te el contacto oclusal total de los dientes posteriores obtenemos una barrera más eficaz contra la proyección lingual.

Como el análisis de proyección de lengua revela que la lengua habitualmente se lleva en una posición baja y no tiende a paroxismarse al paladar, como lo haría en condiciones normales, un aparato para éste tipo de hábito deberá intentar hacer ambas cosas: 1) Eliminar la proyección anterior enérgica y efecto a manera de émbolo durante la deglución, 2) modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la misma se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatina durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

El acto de deglución maduro es estimulado por éste tipo de aparato, mientras que la lengua se adapta a su nueva función y posición.

Los segundos molares decíduos actúan como soportes satisfactorios. Si existen los primeros molares permanentes y han hecho suficiente erupción son preferibles.

FABRICACIÓN

Se toman buenas impresiones de alginato de ambas arcadas y se corren en yeso, se montan los modelos en el articulador, y al igual que con el aparato para el dedo, se utilizan coronas metálicas completas. La porción de la criba es lisa para evitar cualquier irritación y para facilitar la adaptación. En ocasiones puede utilizarse una barra que cruze el paladar aunque no suele ser necesaria.

Una vez colocados los modelos en el articulador, y seleccionadas las coronas de acero se forma la barra lingual en forma de U, se adapta en el modelo al nivel del margen gingival. Una vez fabricada la barra base puede formarse la criba, un extremo será soldado a la barra base en la zona del canino, y se hacen tres o cuatro proyecciones en forma de V de tal forma que se extiendan hacia abajo hasta el punto justamente atrás de los cúngulos de los incisivos in-

feriores cuando los modelos se pongan en oclusión.

Una vez terminadas las proyecciones en forma de V , se les coloca bastante pasta para soldar a base de fluor y se sueldan al alambre base con soldadura de plata.

El alambre base se coloca sobre el modelo y se suelda a las coronas metálicas, después de pulir y limpiar está listo para probar el aparato dentro de la boca del paciente.

Al igual que con el aparato para el hábito de chuparse el dedo, la mordida abierta aumenta por la interposición de las coronas en la zonas del primer molar, éste problema se soluciona en una semana aproximadamente. El paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal, el dorso es proyectado contra el paladar y la punta de la lengua descubre que la posición más cómoda durante la deglución es contra las arrugas palatinas dependiendo de la gravedad del problema de mordida abierta pueden ser necesarios de 4 a 9 meses para la corrección autónoma de la maloclusión.

No todos los aparatos tienen éxito por sí solos y en muchos casos es indispensable emplear procedimientos ortodónticos totales.

(FIGURA 31)



HABITO DE LABIO : APARATO UTILIZADO PARA EL TRATAMIENTO

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito de labio.

FABRICACIÓN

Se toman impresiones de alginato superiores e inferiores y se corren en yeso, y se pueden montar en un articulador.

Se recortan los primeros molares permanentes o los segundos molares decíduos, deberá asegurarse de hacer el corte suficientemente profundo en sentido gingival. Se hacen coronas de metal completas o se colocan bandas de ortodoncia. Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel que corra en sentido anterior desde el diente de soporte, pasando por los molares decíduos hasta el nicho del canino, y el primer molar decíduo, o el canino y el lateral. Después de cruzar el espacio interproximal el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho del correspondiente del lado opuesto. El alambre es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los premolares. El alambre deberá estar más alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 o 3 mm. para permitir que éstos se desplacen hacia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de níquel y cromo soldando un extremo en el punto en que el alambre cruce el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm.. Después éste alambre se dobla y se lleva, cruzando la encía de los incisivos inferiores, paralelo al alambre de base. Se suelda el alambre base a la corona y se revisa todo el aparato de alambre buscando posible interferencia oclusal o incisal. Después de limpiarlo y pulirlo el aparato tendrá que ser cementado sobre los dientes. Si se han utilizado coronas metálicas es conveniente hacer una hendidura vestibular para permitir establecer la circunferencia gingival correcta de la corona y posteriormente se suelda en V varios puntos según se

se há descrito para el aparato para corregir el hábito de chuparse el dedo. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar, éste tiende a reducir la irritación de las mucosas del labio inferior. La mayor parte de los aparatos se llevan aproximadamente el mismo tiempo que el aparato para proyección de lengua, al igual que los demás aparatos, se reduce gradualmente antes de retirarse(FIGURA 32) Los alambres auxiliares se retiran primero, el resto del aparato varias semanas después.

Un periodo de 8 a 9 meses de uso es aceptable. No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de la actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo.

(FIGURA 33)

Como se podrá observar todos los aparatos antes descritos son parecidos entre sí, todos con sus variantes dependiendo del hábito, pero ninguno de ellos puede decirse, deja de ser traumático. Como se há mencionado, éstos aparatos se colocarán en niños que acepten el tratamiento y realmente deseen la ayuda del cirujano dentista para poder dejar su hábito, sea cual sea.



FIGURA 32

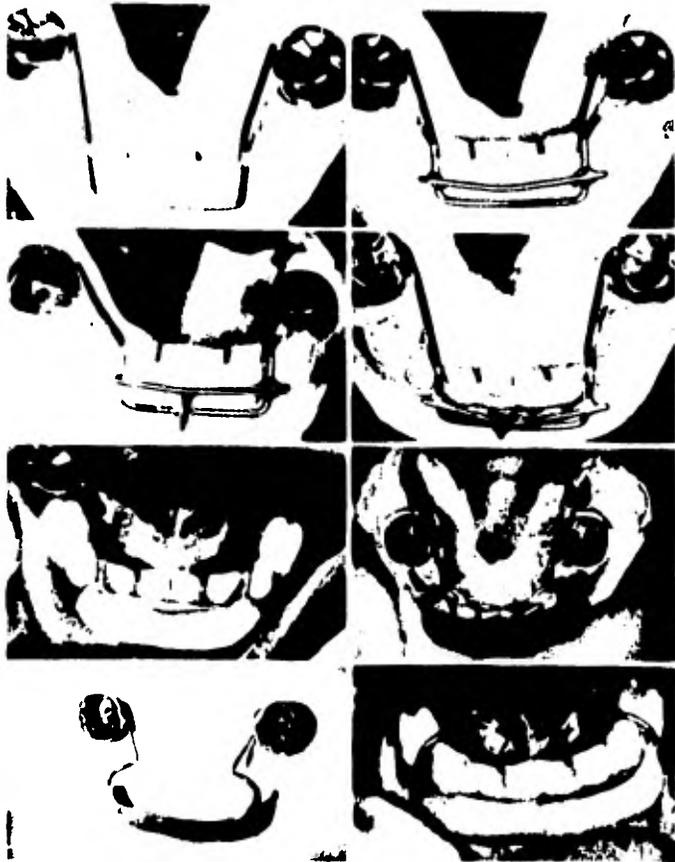
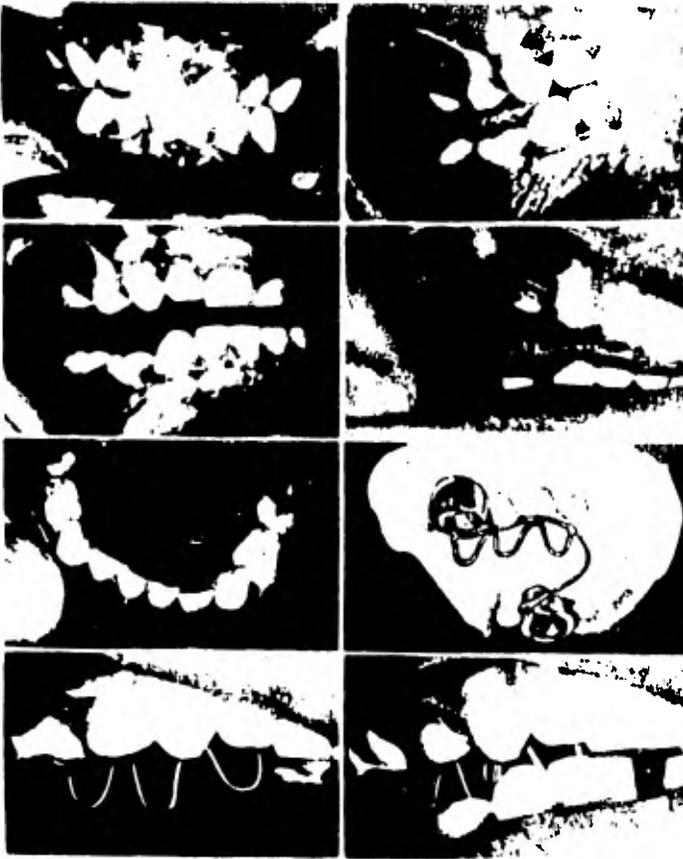


FIGURA 33



APARATO PARA PROYECCION DE LENGUA LATERAL



APARATO PARA HABITO DE MORDERSE EL CARRILLO

CONCLUSIONES

Una vez concluída ésta tesis puede ser que aún existan dudas y preguntas acerca del tema, pero como se mencionó al principio, es una situación difícil de esclarecer totalmente puesto que se trata de la mentalidad infantil, y creo que nadie podrá saber realmente el porqué de las reacciones de los niños.

En el caso de los hábitos orales, se han propagado infinidad de probables etiologías como se ha tratado en el transcurso de éste trabajo, sin llegar a definir cuál es la correcta, porque existen opiniones totalmente opuestas, desde la más simple que menciona, que los hábitos orales no es ningún problema y es simplemente eso, un hábito, una costumbre infantil; hasta la más complicada que le ataña infinidad de problemas de tipo psicológico.

Lo mismo sucede con los tratamientos, porque existen contradictorias opiniones acerca de los mismos, también van de las más drásticas, que indican la colocación de aparatos - por demás traumáticos, que asustarían a cualquier niño; hasta las más sutiles, que dicen simplemente que no hay que hacer nada.

No hay que colocarse en los extremos.

Mi conclusión acerca del tema, es, que el reflejo de succión es una etapa más dentro de la infancia y que puede considerarse normal hasta cierta edad, aunque no puede definirse exactamente cuál pero aproximadamente entre los 3 y 4 años y es en ésta etapa en la que no debe imponerse al niño - castigos o regaños continuos porque el hábito puede fijarse aún más.

Pero en casos de niños mayores como los que se exponen en el capítulo III de ésta tesis, ahí sí existe problema, tanto en

la causa en las repercusiones dentales, la causa debe ser tratada por un especialista, y uno como cirujano dentista debe tratar de corregir hasta donde sea posible las alteraciones que pudieran existir en su boca, pero en ningún momento colocar los traumáticos instrumentos para dejar el hábito si se pueden colocar sencillas plaquitas tipo Hawley para evitar que continúe el daño dental.

Solo una cosa no hay que olvidar, tomar en cuenta la opinión del niño, éste es muy importante, porque ningún tratamiento dará resultado si el niño no está preparado para recibirlo.

BIBLIOGRAFIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Dr. Sideny B. Finn

Cuarta Edicion

Editorial panamericana, 1977

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

Dr. Tm. Graber

3a. Edición

Editorial Interamericana

ANATOMIA DENTAL

Rafael Esponda Vila

4a. Edición

Editorial Melo , 1977

DISEÑO DE APARATOS ORTODONTICOS

Philips Adams

Editorial Mundi, 1976

ATLAS DE ODONTOPEDIATRIA

Law David B.

Editorial Interamericana , 1976

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Kotz Simon

Buenos Aires

Edición Panamericana 1975

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Leyt Samuel

Editorial Mundi 1980

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Mac. Donald E. Ralph

2a. Edición

Editorial Mundi 1975

ODONTOLOGIA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hotz P. Rudolf

Editorial Médica Panamericana 1977

ODONTOLOGIA INFANTIL

E. Harndt

Editorial Mundi 1977

PROGRESOS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Tenenbaur Leon

Editorial Mundi serie VII

OCLUSION

Ranfjord Sigurd

2a. Edición Editorial Panamericana, 1972

PATOLOGIA DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA DE BOCA
Y MAXILARES EN NIÑOS

Ewald Harndt

Editorial Buenos Aires 1972