

Lejeunplasser
(2)



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.
CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**HABITOS EN ODONTOPEDIATRIA, SUS MANIFES-
TACIONES CLINICAS, PSICOLOGICAS, SU
PREVENCION Y SU TRATAMIENTO.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
AVILA LOPEZ MARTA MINERVA

San Juan Iztacala, México, 1979



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.

P R O L O G O

En el transcurso de mis estudios profesionales, tuve la oportunidad de llevar a cabo tratamientos sobre la eliminación de ciertos hábitos, en pacientes niños, y considerando que debe darse fundamental importancia a su desarrollo saludable, y que para lo cual requieren conocimientos especializados, tuve la necesidad de incursionar sobre el problema de los hábitos.

Así, el tema fué elegido pensando que: "el niño es el futuro adulto" y por su evidente importancia debemos dar énfasis a los actos repetidos que desde pequeños adquirimos con lo cual estaremos logrando al mismo tiempo la prevención, que de otra manera con la presencia de estas anomalías, estaremos fomentando problemas patológicos orales, alteraciones psicológicas y de la personalidad.

El niño no se da cuenta de la importancia que tiene eliminar el hábito, por las costumbres que en su medio ambiente imperan y algunas veces porque lo hacen necesidad.

Ya adultos, las personas que padecieron hábitos perniciosos lamentan el hecho de que éstos no hubieran sido eliminados a temprana edad, porque repercuten en su comportamiento e idiosincracia, impidiendo puedan desenvolverse en el ámbito social.

Considerando ésto, manifiesto que el logro de la meta a través de un exitoso tratamiento, estriba en la comprensión odontólogo-niño-padres y la relación niño-padres, aunado al necesario complemento de especialistas: psicólogo, pediatra y otorrinolaringólogo, ya que sin ellos cualquier tratamiento resulta ineficaz.

Son varias las causas etiológicas que influyen en la --
iniciación de este tipo de costumbres y se tienen varios
resultados subsecuentes.

Algunas veces los padres se dan cuenta temprano y a sa--
biendas de la importancia tratan de eliminarlo con méto--
dos convencionales, otras veces, delegan esa responsabi--
lidad a manos especializadas.

Por consiguiente, ya enfrentados a un paciente infantil
dedemos recordar, que la prioridad máxima de persuación
y convencimiento racional por parte del niño, de los ma--
les que pueda acarrear la persistencia del hábito, es el
factor eficaz en el plan de tratamiento junto con la per--
fecta elección de aparatos fijos, removibles y métodos --
destinados a recordar al niño que no debe repetir y evi--
tar que encuentre placer hacerlo.

Concluyendo, hago incapié en la labor del Cirujano Dentist
ta para la observación de estos hábitos en la práctica --
odontológica diaria con lo cual podrá diagnosticar a tiemp
po la eliminación, instituyendo tratamientos apropiados -
y utilizando mejores métodos de corrección.

Quiero expresar que este trabajo que pongo a consideración
no es sólo para llenar uno más de los requisitos, sino tien
ne también el modesto propósito de hacer conciencia para -
no permitir que los problemas que tienen su germen en la nin
ñez, se propaguen en la adolescencia y en la juventud.

HABITOS EN ODONTOPEDIATRIA, SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, PSICOLOGICAS, SU PREVENCION Y SU TRATAMIENTO.

- INDICE
- DEFINICION
- CAPITULO PRIMERO

CONSIDERACIONES SOBRE EL ASPECTO PSICOLOGICO:

I.- PSICOLOGIA PRENATAL, NATAL Y NEONATAL.

- 1).- ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO.
- 2).- ACTITUD DE LA MADRE HACIA EL EMBARAZO.
- 3).- ACTITUD DE LA MADRE HACIA EL RECIEN NACIDO.

II.- REFLEJO E INSTINTO.

- 1).- REFLEJOS PRENATALES.
- 2).- REFLEJOS NEONATALES.

III.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

- 1).- PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO.
- 2).- MEDIO AMBIENTE

III.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

3).- MEDIO FAMILIAR.

4).- TIPOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO.

- CAPITULO SEGUNDO

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INICIACION DE LOS HABITOS:

I.- CLASIFICACION DE LAS CAUSAS QUE INFLUYEN DIRECTAMENTE CON LAS MALOCLUSIONES

1).- CAUSAS HEREDITARIAS.

2).- CAUSAS CONGENITAS.

3).- CAUSAS ADQUIRIDAS.

II.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS MALOS HABITOS

1).- EXPERIENCIA # 1

- CAPITULO TERCERO

HISTORIA CLINICA:

I.- PRIMERA ENTREVISTA CON EL NIÑO.

II.- ENTREVISTA CON LOS PADRES.

III.- INTERROGATORIO.

- CAPITULO CUARTO

CLASIFICACION

I.- CLASIFICACION DE LOS HABITOS ANORMALES DE LA CAVIDAD ORAL EN:

- 1).- HABITOS NEUROTICOS.
- 2).- HABITOS OCUPACIONALES.
- 3).- HABITOS DIVERSOS.

II.- HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

- CAPITULO QUINTO

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS Y -- SUS ALTERACIONES:

I.- SUCCION DEL PULGAR.

II.- SUCCIONADORES DE LABIO.

1).- EXPERIENCIA # 2

2).- EXPERIENCIA # 3

III.- SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS.

IV.- PRESION ANORMAL DE LA LENGUA CONTRA LOS -- DIENTES.

V.- DEGLUSION ANORMAL.

VI.- MORDEDORES DE CARRILLO.

- CAPITULO QUINTO

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS Y
SUS ALTERACIONES:

VII.- RESPIRADORES BUCALES.

VIII.- BRUXISMO.

IX.- ONICOFAGIA.

X.- HABITOS DE OCLUSION ANORMAL COMO CONSE--
CUENCIA DE NERVIOSISMO.

XII.- HABITOS DE POSICION.

- CAPITULO SEXTO

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS PRACTICA
DOS POR LOS NIÑOS:

I.- METODOS PSICOLOGICOS

1).- METODO PSICOLOGICO DEL DR. JORGE -
ISAAC.

II.- METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCAL

1).- METODO DEL DR. NORBERTO GARCES.

- CAPITULO SEPTIMO

EJERCICIOS MUSCULARES REHABILITADORES:

1.- VARIEDAD DE EJERCICIOS MUSCULARES.

- **CAPITULO OCTAVO**

APARATOLOGIA FIJA Y REMOVIBLE

I.- FUNCIONES DEL APARATO INTRABUCAL

1).- ¿UN APARATO FIJO O UN REMOVIBLE?

2).- DIVERSIDAD DE APARATOS INTRABUCALES.

- **CONCLUSIONES.**

DEFINICION:

La palabra hábito procede del latín habitus, costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto.

El término hábito pernicioso, es la costumbre, disposición adquirida por actos repetidos que tienen una terminación funesta.

Hábito fisiológico, es la modificación funcional que se ha hecho permanente por la repetición constante.

Los psicólogos afirman que hábito también es una disposición adquirida y durable logrando la copia fiel con más facilidad y perfección, al decir esto, solo se observa una forma de conducta muy simple.

Poniendo en práctica la teoría del aprendizaje, un hábito comienza con la repetición consciente del aprendizaje y llega a hacerse rígido, automático y a reproducirse inconscientemente. A este nivel, el hábito sin desligarse de la unidad que caracteriza a la vida psíquica del hombre, es muy compleja, además de ausentarse transitoriamente para dar lugar al aprendizaje de nuevas adquisiciones conscientes. En esta teoría no se habla de neurosis sino de síntomas de éste.

Para Dewey las características del hábito son las siguientes:

- 1.- Son siempre operantes: Es decir, automáticos o no, están presentes siempre para realizarse.
- 2.- Ocupan un orden jerárquico. Las actitudes de adaptación de la personalidad del individuo son más amplias y ocupan mayor radio de acción, que un hábito motor por ejemplo.

- 3.- La repetición no es, en ningún sentido, la esencia del hábito. La tendencia a repetir los actos es un incidente de muchos hábitos, pero no de todos. La esencia de un hábito es una predisposición adquirida a sentidos o modos de acción, no a actos particulares, excepto cuando bajo condiciones particulares expresan un modo de conducta.

Los verdaderos hábitos son las costumbres adquiridas que no son esenciales, los cuáles pueden olvidarse de la misma manera que fueron aprendidos, pues no es posible adquirir el nuevo hábito de no hacer lo que estábamos habituados a hacer frecuentemente.

Toda clase de hábitos tienen su origen dentro del sostén neuromuscular, ya que son los patrones reflejos de concentración muscular de naturaleza compleja que se adquieren. Algunos de ellos sirven de estimulantes en el crecimiento normal de los maxilares, como succión, masticación y deglución, en cambio los de presión anormal que pueden influir en el patrón regular del crecimiento facial, los cuáles deben diferenciarse de los hábitos normales desados.

Las consecuencias de una presión inadecuada puede observarse, en la deformación o en el crecimiento anormal o retardada del hueso, en las malposiciones dentarias, en niños con respiración bucal, en los que presentan dificultades para hablar, en las alteraciones del equilibrio de los músculos faciales y problemas psicológicos a los cuales trataré de encontrar una causa relacionándolos con el hombre mismo o con el simple deseo de llamar la atención.

Con la indiscutible importancia del tema, he definido el término que ha hecho posible el título de esta tesis y al mismo tiempo encausar al contenido de la misma.

CAPITULO PRIMERO

CONSIDERACIONES SOBRE EL ASPECTO PSICOLOGICO

La cavidad bucal, no es tan solo una parte anatómica del cuerpo humano y a la vez una entidad fisiológica, sino - que es además una parte de nuestro ser por medio del cuál nos comunicamos con nuestros semejantes, expresamos a satisfacción la mayor parte de nuestras necesidades pero su importancia mayor radica en ser un instrumento de expresión y de impresión de la personalidad total.

Quizá cometa un error al hablar en segundo término de las funciones fisiológicas, como el comer, el beber, etc., -- prefiero dar importancia en mi redacción a las necesidades básicas humanas, es decir, observar al hombre como elemento en la sociedad y sus necesidades como identificación, - relación, etc., necesidades que cuando no son satisfechas constructivamente, conducen a los padecimientos mentales, provocando malos hábitos.

Desde antaño se ha dicho que nuestra personalidad se manifiesta siempre como un todo y también que está sujeta a -- una evolución en su desarrollo.

En el psicoanálisis se han encontrado diversos centros corporales de interés vital o existencial, y así las denominan fases o etapas de conducta del hombre ligadas a estos centros. De acuerdo a ésto se conocen las fases: oral ure--

troanal, fálica y genital madura. Como parte integral en la iniciación de hábitos, la fase oral es aquel período de vida en que el niño es alimentado por la madre y que comprende desde el nacimiento hasta los 8 ó 10 meses de edad. En base a esto, se opina que lactancia significa mucho más que la simple nutrición, significa: placer, -- afecto materno y seguridad. Es el primer contacto del -- niño con la realidad externa, su primer saboreamiento de esa realidad, su primera experiencia con el mundo, interpretando así la existencia a través de la experiencia bucal. Por lo cuál, sus primeras expresiones hedónicas las obtiene al chupar los dedos, la mamila, tejidos peribucal- les y objetos que conviven constantemente con él. Asimismo, tiene experiencia afectiva íntimamente ligada al ali- mento, puesto que es la madre quien personalmente se lo - proporciona acostumbándose el niño a sentir afecto, calor maternal y sabiendo y sintiendo cuándo se le dá el alimen- to afectuosamente y cuándo no.

Hipotéticamente los siguientes puntos descritos influyen - directa e indirectamente en el comportamiento humano.

I.- PSICOLOGIA PRENATAL, NATAL Y NEONATAL.

Los conflictos que de adultos se tienen, existen o provienen a través de una raíz evolutiva de la persona en la secuencia del nacimiento a la edad madura y quizá también desde la vida intrauterina, es por lo que nuestro interés por el niño, se debe de extender a las condiciones anteriores a la concepción y comprender las fases finales del desarrollo en la adolescencia fundamentalmente. Este estudio debe ser desde el punto de vista fun cional como emotivo.

Actualmente se han empezado a hacer investigaciones acerca de la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo en el niño. Se toma en cuenta desde si la concepción ha sido deseada hasta cualquier trastorno que puede ocurrir durante el embarazo.

Aún cuando se dice que un embarazo es tranquilo, sin tensiones emocionales, existe siempre un golpe terrible del que no se escapa ningún individuo y que se debe tomar en cuenta como factor fundamental para la iniciación de una costumbre. Así los psicólogos sostienen que la mayor parte del daño psíquico que se le hace a un niño tiene lugar en los primeros cinco años de vida, y que posiblemente sea más exacto decir que en los primeros cinco meses o en las cinco primeras semanas o quizá en los cinco minutos primeros, pueden hacerse al niño daños que durarán toda su vida. Este es el nacimiento.

Esto se supone porque durante la gestación, el producto está en las mejores condiciones, de la madre toma lo necesario para desarrollarse y crecer, hasta que viene el traumatismo del ya mencionado parto por la separación del ambiente en que se encuentra durante los nueve meses.

Aunque actualmente la técnica cesárea se ha ido perfeccionando mucho, y siendo una de las técnicas menos traumáticas que se realiza, las secuelas que pueden producirse deben de tomarse en cuenta, porque el producto ya sufrió antes de decidirse por esta intervención, pues un gran porcentaje de nacimientos empiezan a sufrir horas antes del nacimiento y al nacer sufren cuadros de apnea, hipoxia

o asfixia después de un parto traumático, no olvidando que el feto efectúa movimientos respiratorios antes de nacer pero al abandonar el útero se hace más intensa y profunda.

En el transcurso de la gestación, la salud de la madre es el principal factor determinante -- de que el feto llegue a término y nazca en estado viable y sano. Para asegurar esta finalidad, son necesarios una nutrición adecuada, equilibrio apropiado entre reposo y ejercicio y principalmente la ausencia de inquietudes.

El niño en el útero es un parásito perfecto, que extrae lo que necesita de su madre, aún en condiciones de intensa insuficiencia dietética de ésta, por lo que quizá en casos extremos de desnutrición materna influya adversamente sobre la dentición y en ciertos hábitos de la criatura.

1).- ASPECTOS PSICHIATRICOS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO.

La gestación comienza con la relación entre dos personas y da lugar a una nueva relación entre ellos y sus descendientes, por lo que no se puede decir solamente que sea un proceso somático, pues tiene relaciones psicológicas profundas y decisivas.

El curso de los fenómenos físicos está determinado por las circunstancias anatómicas y fisiológicas, la naturaleza de la experiencia emocional --

guarda íntima relación con los sentimientos de la madre acerca de ella misma, de su esposo y de su hijo.

El embarazo provoca en las mujeres diversas -- reacciones: satisfacción verdadera, rebelión clara, aceptación resignada de la concepción -- como un decreto impuesto por el destino o -- aprehensión inquietante acerca de su termina-- ción.

La conducta en un momento determinado puede -- considerarse como la última escena transitoria de una trama interrumpida durante la cual la -- persona ha desarrollado cierta disposición para sentir y actuar de manera particular en que se siente y actúa: las actitudes. Estas actitudes se manifiestan a los ojos del observador -- como reacciones emocionales hacia las personas y a las situaciones.

Las actitudes son creadas; están bajo la influencia y pueden ser modificadas para bien o para -- mal por las actitudes de otras personas, las -- cuáles por lo consiguiente son determinantes po derosos del desarrollo de la personalidad y de la conducta. Las actitudes de los demás son tan importantes en la psicología y en la psicopatología, como los agentes bacterianos tóxicos y los fármacos para la salud y la enfermedad.

2).- ACTITUD DE LA MADRE HACIA EL EMBARAZO

En circunstancias ordinarias, el descubrimiento

de que una mujer está embarazada es un acontecimiento grato para ella y para su esposo, es una fuente de regocijo o al menos de aceptación calmada. Las molestias, restricciones y modificaciones de la fuerza inherentes a la gestación, - son esperadas y sobrellevadas con buena voluntad. La actitud de espera positiva y gustosa de la maternidad que es la esencia de la higiene mental - suele ser predecible porque se basa en un conjunto definido de circunstancias afortunadas. Sin embargo las condiciones contrarias a lo anterior expuesto no son raras. La actitud nociva de la madre hacia el embarazo puede seguir dos caminos principales: 1) Temor del parto y del destino - del niño que va a nacer, y 2) Actitud de rechazo hacia este niño. En cuanto al temor se sabe que ninguna embarazada, aún cuando el niño ha sido - deseado o no, deja de sentir ansiedad en el momento de gestación y parto. El temor puede ser - causado por una serie de factores entre ellos el más importante, son las relaciones matrimoniales. Este factor afecta profundamente la actitud de la mujer hacia el embarazo y en relación con si éste es deseado o indeseable.

El factor rechazo puede resumirse así, no todos - los niños llegan al mundo porque han sido deseados por sus padres, el problema es aterrador porque -- obstaculiza la vida humana, éste se manifiesta a - menudo en la actitud de los padres hacia el embarazo indeseable.

Para una persona normal no es fácil concebir que -

una mujer repudie a su propia descendencia. La repulsión materna es, en verdad, un fenómeno -- muy complicado que tiene hondas raíces en la -- personalidad de la madre y en las relaciones -- formadas durante la vida de ésta.

Los orígenes de esta forma de conducta tiene su raíz desde la niñez, la adolescencia, orientación sexual y la forma en que se enfrenta y se ajusta a la vida.

3).- ACTITUDES DE LA MADRE HACIA EL RECIEN NACIDO.

La necesidad que tiene el niño de afecto maternal hoy se considera como un hecho científico indiscutible, tan importante como la necesidad de alimento y refugio. Un niño amado será feliz y seguro, un niño no amado será infeliz e inseguro y acosado por la ansiedad. Los niños rechazados son pequeños que no reciben amor. La actitud de aversión de la madre fácilmente lo conducirán a una serie de prácticas nocivas para la salud mental del niño y para la suya -- propia.

Existen tres tipos de conducta materna creadas por el rechazo de los hijos.

- a).- Hostilidad y descuido manifiesto. El -- abandono en la forma extrema de conducta en cierto sentido; es preferible el aborto, que el rechazo real, al menos en el aborto es una forma de rechazo sutil. El abandono consiste en que el niño no recibe caricias, mimos y la botella es reempla

zada pronto por el pecho y aunque actualmente es necesidad, es otro factor que indica rechazo, -- cuando la madre vuelve tan pronto como es posible a sus trabajos o a sus actividades sociales y deja al cuidado de sirvientes o familiares a su niño.

- b).- Perfeccionismo. La imposibilidad de aceptar al niño se aúna al deseo de poder aceptarlo. La madre, justificando sus sentimientos con base en las pequeñas imperfecciones del pequeño, trata de hacer perfecto al primer hombre perfecto, teniendo en consideración que nunca ha existido un humano perfecto.
- c).- Protección excesiva. Algunas madres no pueden soportar la idea de que han sentido aversión hacia el embarazo y a la llegada del niño. Después de todo, los conflictos no resueltos de la mujer sobre su propia niñez infeliz, sus desilusiones matrimoniales o su carrera interrumpida, no son culpa del pobre pequeño. Aparece entonces el remor-dimiento de esa aversión y este sentimiento es com-pensado a veces por exceso, por la decisión de sacrificar todo por el niño, de centrar en él la atención y la energía de todos los instantes del día. El pequeño es envuelto en la pesada cubierta de la protección y cuidados excesivos.

El descuido, el perfeccionismo y la sobreprotección son malos sustitutos del afecto maternal natural y genuino, traduciéndolos como dificultades emocionales en la madre y creando trastornos emocionales en el niño.

II.- REFLEJOS E INSTINTO

La conducta a seguir en los seres vivos se puede dividir en aprendizaje o conducta aprendida y conducta no aprendida o innata.

Las formas de conducta no aprendida es el reflejo y el instinto.

La conducta refleja, es la reacción específica no -- aprendida de alguna parte del organismo y determinada por estímulos internos y externos y el campo angosto neutral por el que el impulso pasa de receptor a afector.

La conducta instintiva, requiere una coordinación no aprendida de reflejos cuya aparición, en algunos casos, dependen en forma peculiar de condiciones fisiológicas internas.

Para Iván P. Pawlov, el reflejo es la base fisiológica de adaptación, y el estado de equilibrio con el medio está asegurado por dos clases de reflejos, éstos a la vez rigen las funciones cerebrales siendo: el reflejo incondicionado y el reflejo condicionado.

Como ejemplo del primero, el alimentarse, defenderse, etc.

Petrovich define así el reflejo condicionado: "Es una conexión nerviosa temporaria entre uno de los innumerales factores del medio ambiente y una actividad bien determinada del organismo. Asimismo, nunca pensó que -- con sus experimentos de recompensa, de reflejos condicionados podría servir de ayuda práctica en el consulto rio dental, tanto para comprender el significado, como

para aplicar métodos de terapéutica de los hábitos adquiridos. Además expresa que todo reflejo condicionado comprende un estímulo, una vía centrípeta, un punto de reflexión y una vía centrifuga. Ahora bien, relacionando al hábito con la definición anterior y por cumplir con las condiciones de reflejo condicionado podría comprenderse respectivamente así: necesidad de alimento, vías nerviosas gustativas, cerebro y dedo u objeto estimulante.

El Dr. Stanley Shore, es uno de tantos colegas que han aplicado esta clase de experimentos en la eliminación de tan complicadas manifestaciones.

Los reflejos tienen importancia por constituir en el momento de su aparición un testimonio del desarrollo infantil y por que su normal funcionamiento indica la integridad del sistema nervioso. También se habla de una jerarquía de reflejos siendo los reflejos necesarios los primeros en aparecer.

Al introducirnos al campo de los reflejos nos trae a conclusión lo que Watson John B., opina: El instinto y el hábito están compuestos por los mismos reflejos. En el instinto, el modo y el orden de las reacciones son heredadas, en el hábito ambas se adquieren durante la vida del individuo, agregando a estas dos reglas un sistema complejo de reflejos que funcionan en un orden determinado cuando el niño o el adulto reciben un estímulo apropiado. Luego entonces, el niño aprende el instinto de mamar; cuando es estimulado por el hambre, le produce satisfacción y le proporciona alimento para obtener energía, cuando no obtiene tal alimento y satisfacción con el pecho o el pezón, encuentra sustituto con el dedo u objeto cualquiera. Al encontrar lo que busca, el reflejo condicionado se repite y éste se convierte en un hábito fijo.

1).- REFLEJOS PRENATALES

Se sabe que uno de los reflejos más importantes -- como es la deglución existe incluso antes de nacer. Quizá también el feto en el útero tenga ya el reflejo de succión, pues se ha llegado a obtener algunas muestras de fetos que llevan algún dedo o dedos a la boca, y por supuesto exista el reflejo de succión. Si es el dedo en donde se afirma el reflejo ¿porqué no puede ser el labio o la lengua por ejemplo?. En afirmación de succión digital intrauterina, según Melvin Lewis, desde el punto de vista cognitivo puede ser reflejo accidental o fortuito, - sin embargo, a partir del segundo mes es un mecanismo mano-necesidad.

Cambiando a la respiración: La respiración fetal se efectúa en la circulación placentaria, son respiraciones rítmicas aunque débiles, disminuyen a medida que se acerca la gestación y se refuerza después de nacer. En la narcosis resultante de la administración de fuertes dosis de morfina, demerol o barbitúricos a la madre poco antes del parto, especialmente si ha sido prolongado, el niño nace cianótico y tarda en llorar y respirar, cuando se establece la respiración es en extremo lenta. Al estimular físicamente, como dar repetidos y frecuentes golpecitos a las plantas de los pies para provocar llanto y así hacer las respiraciones más profundas o al introducir una sonda, se produce una respiración refleja. Aún no está comprobado pero puede ser una hipótesis en la adquisición también de ciertos hábitos como la respiración por la boca.

2).- REFLEJOS POSTNATALES

La actividad motora del recién nacido es de carácter subcortical y en realidad actúa como un animal reflejo.

En el curso del desarrollo normal hay algunos reflejos siempre presentes durante las primeras semanas de vida y que están destinados a desaparecer o sufrir notables modificaciones en los 30 ó 40 meses después del nacimiento.

Los reflejos más importantes observados después del parto, son los siguientes:

El reflejo del moro: es una reacción de alarma que consiste en sacudir la manta o la mesa en que yace el niño o palmorea fuertemente cerca de él y a menudo -- empieza a llorar.

Existen también ciertos reflejos en el niño al momento de nacer, la finalidad de estos reflejos o modalidades de conducta es asegurar la alimentación al pecho. Lo más evidente de estos reflejos son lo relacionado con la obtención propiamente de dicho alimento.

Estos reflejos que van a ser útiles en la alimentación del niño son: reflejo de hociqueo, reflejo de succión, reflejo de deglución y saciedad.

El reflejo de hociqueo es el primero que se desencadena. Cuando el lactante percibe la leche por el olfato, mueve su cabeza en varias direcciones e intenta hallar su origen. Este reflejo de hozamiento termina poco después --

del destete.

El reflejo de succión es activo, pero al niño le falta la fase bucal voluntaria de la deglución y sólo posee las fases faríngea y esofágica, por supuesto al nacer ya existe el sentido del gusto. Los labios del recién nacido son en extremo sensibles al tacto, cuando son estimulados el niño los pliega, siendo el factor principal y la fase importante para un inicio vicioso. Indiscutiblemente el reflejo de succión persiste hasta cierto grado mientras el infante se cría al pecho o al biberón, lo que ocurre por lo general a los 5 meses, en la que su capacidad se ha aguzado tanto que ya no chupa activamente cualquier objeto que se le ofrezca.

El llanto, también nace con el niño, reaccionando a los estímulos de contacto y expresándolo al experimentar dolor o incomodidad.

En las manos y en los pies se observa el reflejo de prensión. Este reflejo consiste en que si la palma de la mano es estimulada por el dedo del observador, los dedos del niño lo cogerán y lo asirán firmemente.

Otros signos de falta de maduración del sistema nervioso son el de Chvostek y Babinski. El primero, consistente en la contracción del orbicular y el segundo, la planta de los pies al ser estimulada abren los dedos como abanico.

En general el desarrollo se produce en un sentido --centrífugo así, los reflejos que radican en las manos aparecen más tarde que los de los brazos y los muslos.

En general, la falta de desarrollo de una actividad --refleja a la edad correspondiente indica un retraso --que se hará manifiesto en los meses sucesivos, cuando deben aparecer otros reflejos más importantes.

La debilidad o la ausencia de un reflejo hace pensar en la existencia de una lesión en el arco reflejo -- periférico, la exageración del reflejo o el carácter clónico del mismo inducen a suponer la existencia de una lesión del sistema nervioso central.

La conducta que empieza con un reflejo progresa hacia un acto más complicado gracias a la repetición, aprendiendo desde el estímulo hacia sí mismo, y enseñando luego del estímulo hacia fuera. La prensión por ejemplo, un reflejo que al nacer existe, se va convirtiendo en un acto completo, de manera que a los tres meses es intencionado y voluntario y así va progresando, aumentando la fuerza muscular y la coordinación, caminando, corriendo, bajando escaleras, etc.

Los progresos dependen de las vías reflejas adecuadamente normalizadas y preparadas, el placer logrado con estas actividades es una recompensa que alienta para su continuación. Sin embargo, hay que tener en cuenta la progresión ordenada de los reflejos y la facilidad del niño para adoptar una conducta peculiar, a fin de que se le permita, más bien, que se le fuerze en su propio desarrollo.

Concluyendo, los actos repetidos a menudo crean respuestas determinadas al estímulo apropiado, tienen apariencia de reflejos, pero se denominan hábitos, difieren de los reflejos principalmente en que son modificables con mayor facilidad o pueden ser voluntarios. Esta modalidad de reacciones se llaman también reflejos condicionados y como he mencionado constituyen una parte importante en la educación del niño.

III.- DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

Por desarrollo psicológico del niño se entiende una serie complicada de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta. También se refiere a la adquisición por parte del niño, de conocimientos, destrezas e intereses.

A pesar de que la maduración está determinada por factores propios del individuo, el medio ambiente - sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo, siendo así que cada ser humano es una personalidad separada cuyas experiencias en la infancia son importantes para su conducta futura y sus relaciones con sus semejantes.

1).- PATRONES DE CONDUCTA DEL NIÑO.

Del nacimiento a los dos años, es innegable la dependencia completa de la madre, sobre todo en estos años primeros, en lo que a cuidado y protección se refiere, por lo que la figura materna representa todo en esta fase, en forma tal, que se considera parte de ella. La madre es y debe ser la primera inspiradora de los valores y la creatividad humana, por ello, el hijo pronto y a temprana edad va a sentir y asimilar esta guía, y esta seguridad.

Con lo anterior, nos damos cuenta que no se debe tratar de efectuar esta separación, conservando siempre en el regazo materno. Así al proceder a una consulta o tratamiento se debe dejar al niño protegido por la madre.

De dos a tres años.- En esta etapa el niño intenta independizarse en su medio ambiente familiar, es una - -

época de transición entre la conducta del bebé a la de un niño preescolar. Por esa dependencia - que aún existe, cuando hay peligro trata de regresar a la madre para que sea protegido. Esta edad se caracteriza porque distrae su atención en una u otra cosa. Además es importante porque es precisamente la edad ideal para frecuentar un consultorio dental para atención preventiva. A los tres años, es capaz de sentarse en el sillón dental por sí solo, dice su nombre o apellido, expresa sus -- sentimientos por medio de palabras aisladas. No habla mucho o nada con extraños pero obedece órdenes sencillas. Si se encuentra asustado es conveniente hablarle de cerca pero con suavidad y cariño, por el contrario, puede volver a la protección de la madre. Si el niño coopera es conveniente -- que desde esta edad empiece a consultarse sin la presencia de la madre, por diferentes razones. Primero, comparte la atención con el dentista y con la madre, segundo, la madre ordena al igual que el dentista, pero ésta lo hace incorrectamente, expresando muchas veces temor, y tercero, las madres -- pronuncian palabras que provocan miedo y tratan de amenazarlos o proyectar sus temores al hacer un -- tratamiento o en algunas ocasiones, tratan de sobreprotegerlos.

El niño de cuatro a seis años.- En esta fase el -- niño desea ser independiente y lo manifiesta de manera agresiva. Su medio ambiente es su familia, sus sentimientos y sus emociones son cambiados bruscamente.

A los cinco años, se encuentran una amplia variedad de patrones de conducta, que van desde que el niño no coopera, al que se encuentra inseguro y aún unido fuertemente a la madre, hasta que el niño se conforma, dócil y sumiso, o a la del que coopera ampliamente porque se siente seguro y disfruta de una experiencia nueva en el consultorio.

En la edad preescolar.- El vivo interés del niño en edad preescolar por todo lo que sucede a su alrededor, hace que la atención en el consultorio dental sea más fácil, en caso contrario, debe tratarse por otros medios en vez de forzarle a cualquier tratamiento. Esta reacción puede ser porque en esta etapa muchos niños no asisten aún al jardín de niños, no tiene contactos sociales y son tímidos o poco sociables, por lo general temen a los extraños hasta que se identifican con ellos. Existen problemas en el consultorio y en su casa, ya que es la etapa en que comienza a presentar una personalidad más madura y un ego más imperioso, todavía no dominado y educado. En cambio los niños que asisten al kínder, pueden ser pacientes que cooperen con un interrogatorio o a la observación dental.

El llamado período escolar comprende tres etapas:

Etapas temprana	(del 1o. al 3er año de primaria).
Edad intermedia	(del 4o. al 6o. años de primaria).
Etapas final	(del 1o. al 3er año de secundaria).

La etapa temprana comprende de los 6 a los 8 años de edad, el niño ya casi recobró su libertad, aprende a tratar a sus amigos, tiene contacto social más amplio.

La etapa intermedia comprende de los 9 a los 12 años, en esta época empieza el niño a adaptarse y a cooperar aún cuando el procedimiento sea doloroso. A los doce años está lleno de curiosidad por lo cuál no es un problema su manejo.

La etapa final comprende los inicios y terminación de la pubertad. El niño ya adquiere cierta importancia en todos los campos, por lo cuál es él quien busca la atención del dentista o por lo menos coopera. En la adolescencia temprana el niño quiere acaparar los privilegios del niño y del adulto.

Todas estas etapas por las que pasa un niño desde el nacimiento hasta la adolescencia son necesarias y de gran valor para alcanzar la madurez individual.

2).- MEDIO AMBIENTE

Como aún se desconocen muchos datos y la importancia relativa de la herencia y el medio en la determinación de la conducta, y por ese incompleto conocimiento es preferible tomar el problema como base en el medio ambiente.

La gente constituye la más importante de las influencias ambientales en la vida del niño, la maestra, -- los amigos, juegan un papel especial.

En realidad, el ir a la escuela tiene una gran variedad de ventajas para la educación del niño. El niño en la edad escolar, es un aprendiz natural gracias a su curiosidad por todas las cosas. Aprende mejor - -

cuando está con gente que le quiere y le comprende. La escuela también le ofrece la relación con los - adultos con los que puede indentificarse, ya que el niño se imagina así mismo como un adulto. Aquí la misión desempeñada por los padres es asumida por -- los maestros.

En los amigos de la misma edad, el niño encuentra - protección y a la vez estímulo, desea ser como los demás y los imita, al estar en pandilla realiza actividades que solo nunca hubiera realizado. Entonces puede considerarse un seguidor o gufa.

Pero también ciertos momentos dentro de este ambiente en que se desarrolla el niño, son responsables de alteraciones de conductas. En niños que presentan problemas emocionales estas perturbaciones adquieren especial interés en esos momentos difíciles y entonces pueden manifestarse graves. Así entonces, la -- imitación o hábitos pueden surgir de cualquier parte de la cadena de experiencia a través del medio ambiente en que se desenvuelven, como puede ser la incapacidad de aprender, celos, ansiedad, etc.

Los problemas que presentan la mayoría de los niños - son especialmente problemas de personalidad o de adaptación social defectuosa, las reacciones afectivas son casi siempre complicaciones de sus trastornos ffsicos.

En el medio ambiente el niño se desarrolla como un todo con una complicada implicación de factores físicos, mentales y sociales. El desarrollo mental y afectivo se halla siempre en un estado de inseguridad.

El recién nacido vive una existencia vegetativa - que depende en gran parte de las funciones de la médula espinal y regiones inferiores del mesencéfalo, pero pronto descubre o empieza a utilizar - ciertas vías ya existentes en el sistema nervioso que conectan las actividades de grandes grupos musculares como los reflejos e instintos. Los niveles cerebrales más elevados pronto empiezan a funcionar y entonces se acrecienta rápidamente la importancia de las influencias ambientales como modificadores - de conducta.

No obstante, muy frecuente se ignora que a través de las tensiones psicomotoras, los diversos factores del ambiente han ejercido impresiones precisas desde el día del nacimiento, matices de movimiento y actitud que acompañan a todas las relaciones humanas.

3).- MEDIO FAMILIAR

El ambiente infantil empieza a cristalizar mucho antes de que nazca el niño, empezamos a soñar a partir de los trece años la forma de ser padres y la forma de cómo vamos a educar a nuestros futuros hijos.

Las experiencias familiares del niño influyen poderosamente en su vida. Es importante conocer algunos - de los factores para la formación del tipo afectivo del niño. Saber cómo son los padres, los parientes más allegados a la casa, saber si el niño es aceptado por sí mismo, con un cariño individual por ser -- como es; o bien, los padres se encuentran a disgusto por una niña que quieren que sea niño. Cómo es acogido el recién nacido por los miembros de la familia.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

Las experiencias adquiridas en los inicios de la vida desempeñan un importante papel en la formación de los patrones o modelos de la estructura de la personalidad subsiguiente. De las influencias que determinan ciertos rasgos de conducta - es sin duda, la de la madre, o la de la persona que cuida de él desde su nacimiento.

Si la madre se amolda, con naturalidad al modo - de ser de su hijo, aceptándolo con amor tal como es, y permitiendo que le tome apego sin injerencias extrañas, se pecatará de un modo normal de sus necesidades.

El apego o dependencia que el niño muestra hacia -- sus padres, y en particular hacia la madre, se ve sustituido gradualmente, pero de manera desigual, por la dependencia y suficiencia propia. Hacia la edad de los dos años empieza a emanciparse.

Para que el niño tenga una buena adaptación social es necesario: Darle la importancia necesaria que - posee dentro del grupo familiar, ganada por sus actos. Los padres deben demostrársela por medio de - sus palabras y de sus actos. Los niños aceptan fácilmente una frase más bien por el tono que por su significado, necesitan palabras y hechos de afecto, tanto en los primeros años de edad como hasta la terminación de la infancia. Necesita también sentir la protección de los padres y saber que están dispuestos a defenderlo, ésto también le dará seguridad. El niño sabrá que tiene un lugar seguro e importante en -- los padres aunque a veces se le elogie o se le censure.

Lograr una identificación con los padres, logrando encontrar una identificación como personas en ellos.

Experimentar en alguna forma de que es necesario. Esto se logra, en que algún aspecto de la vida depende de él. Por ejemplo, cuando se le deja al cuidado de algo.

Oportunidades para encontrar satisfacción en el mundo que le rodea más que en sus fantasías.

Darle oportunidad para ser capaz de adaptarse a un grupo. Dejarlo sentir que es autosuficiente e independiente. Al nacer y generalmente hasta los dos años, el niño depende de los demás, sin embargo, a los seis meses hace intentos de comer solo y empieza a satisfacerse por sí mismo. Algunos padres permiten parte de esa independencia, y otros en cambio tratan de frustrar ese intento.

Lograr una disciplina uniforme sobre todo en los padres pues los niños se quedan confusos, cuando no hay acuerdo entre ellos, siendo esa disciplina firme y comprensiva.

4).- TIPOS PSICOLOGICOS DE NIÑOS Y SU MANEJO.

Los problemas de educación forman un papel de importancia en el comportamiento de los niños. La personalidad del niño presenta una gran labilidad emocional, teniendo como problemas la obediencia y la disciplina. Estos son los principios más importantes:

1o.- La insistencia inoportuna en hacer obedecer --

por principio, incitando a los niños a hacer actos ilógicos. Los problemas de autoridad se vuelven un enigma, empeñándose ambos en saber quién es el que manda y quién el que va a ganar. Hay problemas de autoridad que hay que poner en su sitio a tiempo. Por ejemplo: Cuando un niño hace cualquier travesura, el castigo debe ser en el momento de hacer el cometido.

Cuando se abusa de la autoridad y del castigo, el niño tiende a convertirse en negativista y en un rebelde, si se insiste en dominarlos.

Cuando la disciplina es irregular, es decir, cuando el niño trata de hacer un acto que enoje a los padres, ya que éstos en ocasiones lo reprenden en cambio en otras no lo toman en cuenta.

Cuando los padres no entienden que un niño tiene que aprender a obedecer. Se dice para aquellos -- niños que hacen todo lo que quieren sin que se les reproche, creyendo que si se interfiere en ellos es frustrar su desarrollo. Resultando en el niño amargas lecciones en el curso de su vida.

Cuando la autoridad está dividida, cuando uno de los padres es rígido y el otro es indulgente. Los padres deben estar de acuerdo, así tratará de recurrir a los dos cuando alguien le imponga un castigo, al mismo tiempo que quedará aniquilado pero no humillado.

La crueldad, el negativismo, la negligencia, pueden

también provocar reacciones en el desarrollo de la personalidad.

Al tomar a un niño como un individuo con carácter y personalidad propia, el dentista frecuentemente se topa con diferentes personalidades, siendo así:

El niño tímido.- Este tipo de niño generalmente se esconde detrás de la madre, no quiere entrar al consultorio. A este niño se le habla con cariño tratando de convencerlo sin demostrar una insistencia excesiva, pero sí demostrando interés por lo que a él le gusta.

El niño consentido.- Padres muy indulgentes e in consecuentes o a veces, el rechazo, o indiferencia hacen de estos niños una conducta consentida que generalmente se caracteriza por su indiferencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, llorando, gritando, pataleando, etc. Entonces un proceder enérgico o autoritario, puede resultar eficaz frente a un niño de esta educación. Se tendrán que usar medidas como el taponar la boca para conseguir tranquilizarlo y hacerlo que nos pueda escuchar, al hablarle con voz firme y suave. A este niño se le debe dar un trato especial.

El niño caprichoso.- Por lo general es el hijo único, el más pequeño de la familia, el que es adoptado o en el que existe una enfermedad por mucho tiempo. A éste se le complace todo. A este niño le disgusta que se le pida algo que no está dispuesto a hacer, pero se comporta bien.

El niño desafiante.- Es aquel que está sobreprotegido por los padres, desafían la autoridad, negando

todo lo que se les pide. Algunos lo hacen por vengarse de los padres al dejarlos en ridículo. Aquí, se debe imponer disciplina para lograr la cooperación.

El niño temperamental.- Este niño actúa según su estado de ánimo, algunas veces coopera y en cambio cuando está aburrido o cansado es negligente.

El niño débil mental.- Estos son niños de lento aprendizaje y se les trata según el caso en forma individual.

El niño cooperador.- Se les debe tratar con mayor cuidado y no hacer de él un mal paciente, pues las reacciones temerosas y la obstinación son el resultado de influencias externas y ante todo de una -- educación equivocada.

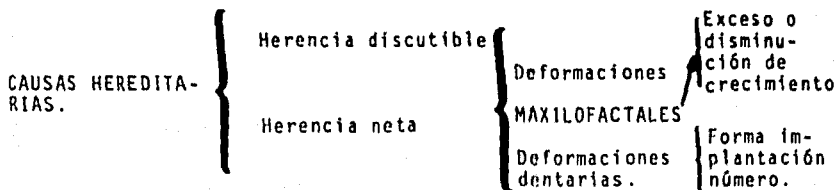
CAPITULO SEGUNDO

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INICIACION DE LOS HABITOS.

Los hábitos tratados como causa de maloclusiones se pueden formar en dos grupos: los útiles y los dañinos. Ahora -- bien, disgregando tenemos que, en los útiles, se incluyen las funciones normales como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada y su uso normal de los labios para hablar. Los dañinos, son los que ejercen presiones perversas contra los dientes y arcadas dentarias, así como los hábitos de tener la boca abierta, morderse los labios, - chuparse los labios y pulgares, etc.

1.- CLASIFICACION DE LAS CAUSAS QUE INFLUYEN DIRECTAMENTE CON LAS MALOCLUSIONES.

Los hábitos como se ha dicho, influyen directamente en la formación de maloclusiones dentarias, y ésta a su vez tiene su origen en la tara hereditaria del germen y por otra parte en la influencia - del medio ambiente. Y como no podemos desligar los hábitos de las maloclusiones dentarias, es conveniente aunque relativamente sin importancia, reproducir de manera general una síntesis de la etiología de las maloclusiones.



CAUSAS ADQUIRIDAS

DE ORDEN PROXIMAL

Alteraciones Rinofaríngeas

- Respiración
- Hipertrofia Amigdalina
- Glosoptosis

Deformación del tabique.
Coriza crónica
Rinitis hipertrófica
Pólipos nasales
Vegetaciones adenoides.

Muscular

- Grupo mandibular.
- Tortícolis

Hipotonicidad
Hipertonicidad
Hipertrofia
Atrofia

Deformaciones por procesos inflamatorios

Traumáticas

- Fractura
- Retracción cicatrizal

Hábitos Articulación Temporomandibular

DE ORDEN LOCAL

Atraso de erupción y retención dentaria.

Ausencia dentaria
Disminución de volumen dentario.

Presión de los terceros molares.

Extracción dentaria.

CAUSAS CONGENITAS.

- Factor infeccioso
- Factor alimenticio
- Factor tóxico
- Factor traumático
- Factor local
- Factor tumoral

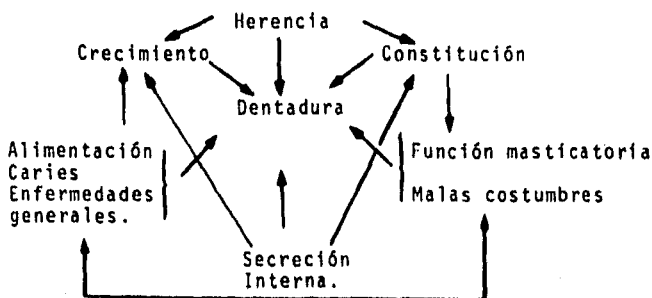
Sífilis
Tuberculosis
Otras.

Pues bien, una causa de las mencionadas en el cuadro pueden variar según la época de su aparición, según la influencia (hereditaria, congénita o adquirida), según la región atacada (sea general o local), y según el valor de la acción (predisponente,adyuvante o determinada).

Las causas de una misma deformación son a menudo múltiples por lo que se hace indispensable establecer - cómo se suceden y cómo influyen unas a otras, tomando en consideración el factor inmediato y la causa más - lejana y general.

Hay superposición de los grupos herencia, embriología, traumatismo, agentes físicos, hábitos, enfermedades y desnutrición. Al actuar, la duración de las causas - y la edad en que se observan son funciones de tiempo, no siendo la acción de este continua ya que puede cesar o recurrir en forma intermitente mostrando sus -- efectos prenatales y postnatales.

Según Hotz no tiene importancia ennumerar todas las causas, puesto que no han sido confirmadas de acuerdo a las causas que más o menos se conocen y que son las que se pueden atacar profilácticamente. Muestra en el centro la dentadura y alrededor, todos los factores que son responsables de su desarrollo y formación.



Esquema de la etiología de las anomalías dentales según Hotz.

Según Hotz, la profilaxis y el tratamiento en sí se limitan a un grupo pequeño, entre los cuáles se encuentran los hábitos o malas costumbres.

II.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS MALOS HABITOS.

Los factores que influyen en los malos hábitos podrían generalizarse como de origen psicológico, del medio ambiente y fisiológicos.

Para Johnson, muchos hábitos son deseables y conservan tiempo y energía, otros son perniciosos y tienden a perturbar una función normal o a deformar. También opina que aunque los hábitos perniciosos - causen maloclusiones, debemos también considerarlos como hábitos correctivos siendo grandes aliados en el desarrollo del individuo.

Las causas de origen psicológico cuyo principio puede ser un conflicto emocional, en cambio las de origen fisiológico, se toma como punto de partida una falta de estimulación de alguna función y las del medio ambiente van a ser una mezcla de varios factores.

Concluyendo; dentro de las principales causas y hábitos con malas consecuencias podemos mencionar, la insatisfacción general del bebé después de haber sido alimentado ya sea con pecho materno o con biberón, por imitación de otros niños que ya practican el mal hábito, por celos producidos por el hermanito recién llegado, por dificultades entre los padres, por la presión ejercida sobre el individuo en la escuela, por la ansiedad producida por el exceso de actividades propias de las grandes ciudades, por programas excitantes, terroríficos impropios y destructivos de

la televisión, no aptos para menores y la sobreindulgencia de los padres.

Otros se adquieren aproximadamente a los seis meses cuando los primeros dientes hacen erupción, debido a las molestias que les causa tal proceso. En aquellos pequeños que tienen problemas de rivalidad o envidias con los hermanos provocados por los mismos padres, cuando éstos externan sus preferencias por él o bien cuando existen problemas o falta de armonía y cariño entre ellos.

La fatiga o trastornos emocionales en general, las comparaciones con otros niños de su edad, el establecimiento de objetivos demasiado rígidos, la impaciencia ante la falta de éxito inmediato, condena a la frustración y el establecimiento de tensiones.

Los accidentes o traumas aunque no se les tome debida consideración es una causa muy frecuente, pues al aprender el niño a caminar y gatear, la cara y las áreas de los dientes reciben muchos golpes, aunque se puede considerar una causa secundaria, pueden ser el inicio de un mal hábito.

El Dr. Jorge Fastlicht, afirma que el hábito se produce a falta de satisfacción oral, en aquellos niños que han sido alimentados de prisa, cuando el tiempo empleado no ha sido el suficiente para estimular las necesidades de estimulación oral por la succión.

Experiencia número 1.- Para ilustrar mi primera experiencia es conveniente citar aquí los estudios clínicos en donde Levy confirmó que la causa principal

de succión digital es la insuficiencia en el chupar el pezón o en biberón, en ellos demostró que en las familias que habfa succión digital no hubo suficiente actividad lactante y a la escasés de tiempo de succión natural.

La experiencia personal es así, una familia formada por 4 hermanos, cada uno con hijos. La primera, radicada en provincia, dedicada al hogar, nueve hijos, alimentados con pecho materno hasta la edad de 1 a uno y medio años, tiempo suficiente de lactancia. Ninguno de los nueve adquirió una mala costumbre.

En cambio los restantes, radicados en el Distrito Federal, madres con tiempo limitado y trabajo fijo, alimentación natural solo el primer mes o menos, -- tiempo limitado de atención a la succión, con un total de 16 niños, de los cuáles 8 de ellos adquirieron un hábito, como sigue. El primero, succionaba el codo de otra persona hasta la edad de más o menos 5 años, sin sufrir ninguna deformación. La segunda, se succionaba los dedos índice y medio en una forma muy complicada, produciendo una mordida abierta y apiñamiento dental, el hábito duró hasta los 6 años.

La tercera, succión digital del índice, al mismo -- tiempo con el movimiento accesorio de cubrir con el otro brazo, produjo muy pequeñas deformaciones, duró hasta los 6 años.

La siguiente: succión de lengua al mismo tiempo que manipulaba una tela de nylon o seda, el hábito aún -- persiste en estado de stress o a la hora de dormirse,

a la edad de 11 años, con ligera protucción y apinamiento ligero. Le siguen una gemela que succionaba, una un pañal y lengua, el pañal se lo ponfa en la boca y lo manipulaba, otra, lengua y una cobijita que tuviera tela lisa y suave; solo lo practicaban a la hora de dormir, sin causar deformaciones. Otro de los casos que más adelante mencionaré detalladamente, succión de dedos, al igual que otro de succión de labios y otra de interposición de lengua al hablar entre los maxilares.

CAPITULO TERCERO

HISTORIA CLINICA

PRIMERA ENTREVISTA CON EL NIÑO.

¡Hola amigo! ¡Hola campeón! (o simplemente por su nombre).

A este niño que se presenta en el consultorio, en busca de una terapia, se le debe dar desde el principio atención e importancia para hacerlo sentir que lo tomamos en cuenta. Tomando la primera visita como una ocasión muy especial, se pasa a este pequeño ser con la persona que lo acompañe. Se saluda demostrando una amistad firme, conduciéndolo a nuestro consultorio, se acomoda en el sillón y lo observamos, logrando visualizar - si ya existe una deformación maxilofacial y si además presenta problemas psicológicos.

¡Ah! pero si ante nosotros está un pequeño de personalidad negativa es mejor no hacer ningún comentario al recibirlo. Lo mejor sería hacer una pregunta como ¿Qué te trae por aquí?

A esta pregunta, por lo general responde la persona que lo acompaña, no en pocas ocasiones responderá con burla y hasta con crueldad. Esto nos está recordando que en el manejo de los niños, desempeñan un importante papel los padres, al igual que la asistente y el odontólogo.

En cuanto a los padres, es indudable que el grado de cultura de los mismos se refleje en el niño, y lo que se escucha en su hogar se refleja en el comportamiento de su vida incipiente. En el campo de la odontología generalmente nos topamos con padres que usan la crueldad innecesaria con el niño o en la intro

ducción de la víctima con el verdugo (odontólogo), y esta crueldad no es otra cosa que la frustración de los padres por no poder controlar al niño con hábitos perniciosos, pero otras tantas veces nos visitan padres educados que no han podido controlar un hábito.

Antes de abordar el problema en cuestión, es indispensable el tratar de averiguar cuál es la causa del mismo y lo logramos por medio de la entrevista con los padres.

La primera entrevista se procura que esté presente alguno de los padres, en primer lugar para la anamnesis, segundo para darle confianza al niño y tercero porque en esta entrevista se pregunta al paciente si en realidad quiere dejar de efectuar su hábito, si la respuesta es sí, se reafirma el porqué quiere hacerlo. Ahora en acuerdo paciente-odontólogo, se procede al siguiente paso del tratamiento.

En la actualidad existen una mayoría de niños que presentan problemas de persistencia de hábitos, pero la mínima cantidad busca asistencia médica-dental, por estas causas únicamente, en el resto quizá se descubran en el curso de la exploración motivada por una causa específica oral.

Como dentistas, principalmente los que nos dedicaremos a la atención de niños, debemos de poseer además de los conocimientos bucodentales, una base sólida de psiquiatría y pediatría para la asistencia ordinaria de niños sanos y enfermos.

Con frecuencia, los padres recurren al consultorio dental con el propósito de interceptar en alguna forma la suspensión de ciertas costumbres que interfieran en la deformación de los dientes, maxilares y de la personalidad, y las dificultades de los padres mismos pueden ser el principal

problema. El dentista que tiene idea de la psiquiatría y pediatría podrá tratar por sí solo, la mayor parte de esos trastornos. Con alguna perspicacia para el diagnóstico segregará de su material clínico los casos que exigen más tiempo, para estudiarlos desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, y entre éstos sabrá distinguir aquellos casos en que se necesite la colaboración de otros especialistas. Si llevamos a cabo este estudio, estaremos cooperando con nuestro paciente, porque sabemos que la mayor parte de esos casos no podrían asistir a otros tipos de especialistas.

Existen otros casos en que con frecuencia los padres opinan que sea intervenido primeramente por el pediatra, y este especialista por sí solo se encuentra confuso al igual que los padres respecto al significado del hábito de la vida emocional o en aspecto físico del niño.

La actitud del pediatra es la de tranquilizar a los padres con respecto a la "normalidad del acto", durante los primeros años de vida. El hábito persiste después de los 3 años de edad, y los padres insisten en la solución del problema, el pediatra toma la decisión de buscar solución a ese problema con ayuda de psicólogos y cirujanos dentistas.

Entonces el dentista ya enfrentado al problema, tiene la responsabilidad y la oportunidad de llevar a cabo un estudio ponderado y completo de los sutiles componentes psicológicos del problema y favorecer la salud emocional y física del niño y de la familia. Por diversos motivos los dentistas hemos tratado de no conceder la debida importancia a los signos esenciales, omitiendo que es causa frecuente de graves consecuencias que hubieran podido evitarse.

Además, el cirujano dentista al efectuar una correcta evaluación del problema, tiene la ventaja sobre los demás especialistas y colegas, de poder valorar al niño no solo --

en el aspecto individual y de la familia, sino - también desde su aspecto de crecimiento y desarrollo de la cara, así como el establecimiento - de la oclusión pudiendo determinar sobre estos - antecedentes, cuándo se debe y cuándo no se debe efectuar el tratamiento interceptivo del hábito - que sin lesionar el aspecto psicológico del niño, puede contribuir a un mejor desarrollo de la cara y su oclusión.

II.- ENTREVISTA CON LOS PADRES

Identificación del informante. Descripción inicial del padre, la madre u otra persona informante (anotar la relación con el paciente y su modo de dar los datos, grado aparente de exactitud del estado emocional y otros factores que pueden influir en la exactitud de la información.

Síntoma o síntomas principales, expresados en los -- mismos términos usados por los padres o por el niño.

Datos actuales, fecha en que empezó o síntomas iniciales, cuidadosa descripción del niño, duración y grado de síntomas, progresión cronológica, detalles de trata mientos, si los hubo.

Correlación de hechos importantes en la vida del niño, efecto del hábito sobre la conducta o adaptación del pa ciente y la familia, datos negativos pertinentes.

III.- INTERROGATORIO

Historia anterior.

Desarrollo prenatal, salud, nutrición, actitudes y es-

tado emocional de la madre durante la gestación. Enfermedades en este período, toxemia, diabetes, enfermedades cardíacas y depresión. Salud y actitudes del padre durante el embarazo de la madre. Circunstancias de vida de la familia en dicho período. Actividad fetal.

¿Era el niño deseado?, ¿cuál fué la reacción del padre frente al sexo del niño?

Nacimiento, fecha, peso, prematuro o a término, número de orden en la serie de hijos.

Parto, presentación, uso de forcéps, cesárea, duración, dificultades.

Estado neonatal, respiración espontánea, resucitación y dificultades de la misma, dificultad respiratoria, grado de actividad - ictericia, cianosis, convulsiones, parálisis, hemorragias, estupor, dificultad en la succión, afecciones cutáneas, estertores. Anomalías congénitas, llanto incorregible, estado de la madre, reacción ante el hijo.

Alimentación al pecho o artificial, en este último caso fecha en que se inició, tipo, frecuencia, cantidad, hambre, respuesta del niño al tipo de alimentación, los motivos que hubo para que no se hiciera con pecho, rabieta, sueños, vómitos, sentimientos de la madre respecto a la alimentación del niño, actitud y grado de ayuda -- del padre, si se alimentó con pecho por cuánto tiempo.

Alimentos sólidos, época en que se inició la administración de las diversas clases de dichos alimentos y respuestas del niño, dificultades en la alimentación, si existen.

Destete. Substitución de la alimentación al pecho por biberones o de la lactancia natural o artificial por la alimentación con cuchara. Motivos del destete, época, duración. Si fué muy brusco el destete. Ha habido dificultad para alimentarlo con otro tipo de alimento. Respuesta del niño y reacciones negativas en el caso que se hayan presentado, actitud de la madre al destete.

Después de la lactancia, apetito, dificultades en la alimentación, naturaleza, conflictos con el niño por la comida, actitud de los padres respecto a los alimentos y a la alimentación.

Disciplina. Métodos de los padres, aceptación del niño o negativismo, cómo reacciona el niño frente a los castigos que se le imponen, rabietas, rebeldía, conducta agresiva o destructora.

Adaptación en la escuela. Experiencia preescolar, edad de ingreso a la escuela, adaptación, actitud y reacción de los padres y del niño a la separación, fobia a la escuela, apartamiento, conducta agresiva, ensueños, progreso escolar.

Desarrollo emocional y adaptación social. Se muestra el niño feliz o triste, es sumiso o agresivo, es reservado, mentiroso. Cuando se le niega algo hace berrinche o reacciona con una actitud de no importarle nada, es naturalmente huraño y malhumorado.

Reacción inicial a la separación con respecto a la madre, relación con los compañeros, grados de independencia.

Crecimiento y desarrollo psicomotor, edad de dominio de

los movimientos de la cabeza, coordinación entre los movimientos de la boca y de la mano, habla bien, balbucea, edad en que dijo sus primeras palabras, edad en que empezó a hablar libremente, tiene defectos en su lenguaje.

Sueños. Horario que tiene de sueño en relación con la edad, su hora de acostarse. El niño duerme solo, duerme en el cuarto de sus padres, lo pasan a la cuna sus padres, necesita luz para dormir, succiona algún objeto a la hora de dormir o cuando empieza a tener sueño, qué postura adopta a la hora de dormir, o -- cuando empieza a tener sueño, qué postura adopta a la hora de dormir, despierta, lo hace asustado, se orina dormido.

Estudio médico, (revisión del organismo por sistemas).

Fosas nasales, flujo, epixtasis, obstrucción, trastornos del sentido del olfato.

Boca. Exploración completa.

Garganta. Dolor, afecciones amigdalitis, dificultad de deglución, ronquera.

Cuello. Abultamiento, dolor, rigidez, adenitis cervical, hipertrofia.

Huesos. Raquitismo.

Estudio de la familia. Padres, edad, ocupación, estado de salud física y emocional, habitualmente y en los momentos de la enfermedad del paciente, relaciones entre los esposos, actitud del padre y de la madre respecto al paciente y los métodos de educación usados en embarazos

y partos anteriores. Breve resumen de circunstancias familiares.

Hermanos. Edades, si ha muerto alguno, edad del paciente cuando murió, relaciones con el paciente, actitud de los padres respecto al paciente en relación con los hermanos.

Con respecto al hábito. Edad en que se presentó la práctica del hábito, grado y duración, tipo del hábito. Prefiere practicar el hábito o entretenerse con sus juguetes u otros objetos, practica el hábito constantemente o a qué hora prefiere hacerlo. Los métodos con que se han tratado de eliminar los hábitos o hábito, se le amenaza o se le castiga mucho por practicar el hábito. Ha tenido otros hábitos, si los ha tenido, cómo se los han eliminado, ha habido temporadas en que practica su hábito más intensamente. Se oculta para practicarlos o no le importa que lo observen.

Tiene hábitos accesorios.

Se puede preguntar al paciente, qué siente al practicar el hábito. Es necesario recabar todos los datos anteriores, ya que ciertos datos específicamente nos darán la clave para discernir sobre las influencias -- desencadenantes y predisponentes del hábito y al mismo tiempo su tratamiento.

En líneas anteriores, escribí que los padres se presentan al consultorio, buscando un consejo y una solución a su problema, mostrando angustia con respecto a la deformación maxilofacial, o a la protrucción de los dientes anteriores superiores, primarios o permanentes, provocado por una práctica cualquiera, observando así el -

estado emocional como lo cuenta el familiar o los padres.

Es importante igualmente anotar la fecha en que se inició el hábito, duración y grado, aunque algunos autores opinan que es considerado como normal cualquier hábito adquirido antes de los tres años, otros en cambio opinan que si se deja al niño efectuar dicho ejercicio se puede continuar hasta llegar a convertirse en un verdadero hábito. Si hubo otros tipos de tratamiento, pues los padres manifiestan algunas veces dentro de su angustia, que entre más se le ha impedido al paciente esa costumbre, se ha tornado más -- fuerte, tanto las reacciones como la fijación del hábito.

El llanto en los primeros días de vida es difícil de conocer la causa y a la vez importante, puesto que algunos niños lloran de hambre, y esa hambre se puede hacer objetiva en la succión del dedo o labio por ejemplo.

En la alimentación; lactancia, debemos tomar en cuenta que en algunas ocasiones es insuficiente la alimentación de la madre por un sin número de causas (leche deficiente de calorías, insuficiente secreción, etc.)

Cuando hay un conflicto de no querer dar pecho al hijo en el nivel inconsciente se corta la secreción de leche.

Principalmente en las madres sin experiencia que no saben una cantidad exacta en la alimentación del niño y la secuencia con que se debe dar ese alimento, empero, cuando se alimenta con leche artificial, es impor-

tante conocer la causa de porqué se cambió esa forma de alimentar al bebé, puesto que algunas madres lo hacen por el simple hecho de que existe un temor a la deformación estética, más existe otro tipo de mujeres que le dan alimentación materna, pero ésta es de mala gana o simplemente la convierten en una necesidad y otras por la moda. Conforme a lo cuál, los psicólogos afirman que es mejor dar una mamila de buena gana que un pecho de mala gana.

El amamantar con pecho satisface los dos instintos. El lactante toma en los primeros 5 a 6 minutos, la parte principal de la madre, con ésto principalmente satisface su instinto de succión y en la alimentación con maderas satisface únicamente el instinto de alimentarse, pero no el de succión compensando éste por la manía de chupar algún objeto de parte de su cuerpo.

La leche materna aparte de no estar contaminada, y tener las características bioquímicas y ser la más económica, pone a salvo al niño de muchas enfermedades, o sea, lo inmuniza.

Otro de los datos que vamos a lograr en la interrogación y sobre el cuál nos apoyamos para hacer un buen diagnóstico, es el destete (detallado en el capítulo posterior).

Sobre estos datos, el médico puede dar buenos consejos e información (si así lo aceptan los padres), instituir una buena higiene mental para la alimentación y el destete. A veces suele ocurrir que en esta época tan especial para un niño, adquiere ciertos hábitos por no satisfacer sus necesidades alimenticias.

La anorexia por malos hábitos alimenticios se ve muy común en niños de todas las edades, desde la primera infancia hasta la adolescencia. Algunos niños impresionados por la preocupación de los padres respecto a la alimentación, persisten en no comer como medio de atraer a ellos la atención. Además, de la alimentación forzada, los estados emocionales como excitación, tensión e infelicidad disminuyen el apetito. Por esta mala alimentación se cree puede ser el desencadenante de un tipo de manipulación, principalmente en el primer año de vida.

El sueño debe ser minuciosamente investigado ya que ese hábito puede practicarse precisa y únicamente a la hora de acostarse o cuando empieza a tener sueño. También lo puede hacer por miedo o inseguridad, especialmente si existe cuando duermen en un cuarto solo o cuando se le apaga la luz. El sueño intranquilo y perturbado es un trastorno común en la infancia. En menores de dos años, suele producirse por causas físicas, como hambre, trastornos digestivos y factores psíquicos, como el miedo.

La postura que se adopta para dormir, Lopatynska - Miklos, igual que muchos autores consideran inadecuada la posición costada plana del lactante, y exige que el mismo tenga la cabeza levantada, con el cual se conseguirá el cierre normal de la boca y la aspiración nasal. Con razón se contesta a tal exigencia A. M. Schwarz que la posición adelantada de la cabeza por medio de almohadillas resulta casi imposible, en vista de la movilidad normal del lactante sano durante el sueño.

Investigaciones demuestran que un número desgraciadamente muy grande de niños, duermen en posición decúbito dorsal con la cabeza muy reclinada, y por eso están con la boca abierta.

Una posición de costado, ligeramente acurrucada alternando a la derecha y a la izquierda, con la cabeza algo inclinada hacia adelante, es lo que corresponde al verdadero estado de reposo natural de todo el cuerpo, y que la mayoría de los hombres toman voluntariamente durante el sueño, (opina Schwarz). La inclinación hacia adelante de la cabeza se logra mejor, colocando debajo del colchón una almohadilla cuneiforme, desde el momento en que el niño no erupta más.

Esta posición de inclinación ventral de la cabeza no solo es conveniente desde el punto de vista ortopédico maxilar, sino que actúa también profilácticamente contra enfermedades agudas y crónicas en el espacio faríngeo.

Estudio médico. Comprende revisión de órganos por sistemas.

Kantorowicz y Korkhaus han podido observar en un niño de 37 días que su deformación está producida por la acción mecánica de la succión, pero la verdadera causa es la poca resistencia del hueso debido al raquitismo, sin embargo, se debe tomar en cuenta que no es el raquitismo la causa de la anomalía, cuando se encuentra una mordida abierta y comprensión del maxilar en un raquítico.

El estudio de la Familia. Recabar edades de los padres, la ocupación es de suficiente importancia desde el punto de vista psíquico si se trata de niños que casi todo el día están con la sirvienta. Por soledad se sabe que se puede incrementar la persistencia de cualquier hábito,

no obstante se tenga o no hermanos con quien jugar, en la clase alta se ve ésto con más frecuencia que en la clase baja media acomodada, por las ocupaciones actuales de la mujer de ese tipo, como el trabajo y la vida social en que se desenvuelve la familia.

Las relaciones entre los padres también es digno de tomarse en cuenta, puesto, que, el niño se da cuenta de las situaciones conyugales, riñas, discusiones, gritos, diferentes métodos de educación de uno y otro para con el niño, diferencias de cariño para con los hijos, etc.

En cuanto al enfoque del hábito mismo, se debe dar una recapitulación de las características esenciales de la enfermedad, y datos específicos en cuanto al padecimiento mismo.

Reunidos todos los datos sobre el niño y su medio, se podrá formar opinión sobre el trastorno y lo que es posible hacer para remediarlo.

CAPITULO CUARTO

CLASIFICACION

I.- CLASIFICACION DE LOS HABITOS ANORMALES DE LA CAVIDAD ORAL.

Existen varias clasificaciones de los hábitos y según diferentes autores, entre una de las más complejas -- está la clasificación del Dr. Sidney Sorrin que se ordena de la siguiente manera y los clasifica en hábitos neuróticos, hábitos ocupacionales y hábitos diversos.

1).- HABITOS NEUROTICOS

- a).- Succionadores de labio.
- b).- Mordedores de carrillo.
- c).- Interposición del frenillo.
- d).- Mordedores de palillos de dientes.
- e).- Hábitos de oclusión anormal como consecuencias de nerviosismo, tics musculares.
- f).- Bruxismo.
- g).- Presión anormal de la lengua contra los -- dientes.
- h).- Hábito de comerse las uñas (Onicofagia).
- i).- Hábito de morder lápices o pinceles.
- j).- Mordedores del arco de los lentes.
- k).- Hábito de jugar con puentes y demás prótesis dentro de la boca.
- l).- Castaño de dientes por emociones.
- m).- Mordedores de popotes, fósforos y hule

2).- HABITOS OCUPACIONALES

- a).- Mordedores de hilos.
- b).- Mordedores de agujas y alfileres.
- c).- Mordedores de clavos como zapateros y tapiceros, carpinteros, electricistas, etc.
- d).- Mordedores de cigarros.
- e).- Músicos que tocan instrumentos de viento con boquilla.
- f).- Hábitos de posición.

3).- HABITOS DIVERSOS

- a).- Fumadores de pipa.
- b).- Personas que usan boquillas para fumar.
- c).- Mordedores de objetos varios como alfileres de seguridad, broches de pelo y pasadores.
- d).- Personas que abren botellas con los dientes, mordedores de huesos y semillas.
- e).- Partidores de nueces con los dientes.
- f).- Método incorrecto de cepillado.
- g).- Masticadores de cigarro y tabacos en general.
- h).- Sueño normal, hábito de lectura haciendo -- presión con los dedos contra los dientes.
- i).- Respiradores bucales.
- j).- Succión del pulgar.
- k).- Succión de chupetes y mamilas.
- l).- Deglución anormal.
- m).- Masticación unilateral.
- n).- Utilización de instrumentos de hule para -- fortalecer las encías.
- o).- Uso de un depresor lingual y otros instrumentos de madera para corregir malposiciones -- dentales.
- p).- Personas que cierran su bolsa de tabaco con -- los dientes.
- q).- Uso excesivo de cítricos y otros frutos ácidos.

Esta lista nos da una idea de los múltiples hábitos que existen en la vida cotidiana, de los cuáles muchos de ellos pasan inadvertidos por la poca frecuencia y observación con que los tratamos.

La costumbre arraigada ya desde largo tiempo en algunos individuos de emplear solo determinados dientes y siempre la misma región de los dientes, para un función especializada o movimientos incorrectos, es capaz de producir paulatinamente maloclusiones, cambios en la cara, tejidos, maxilares y desgastes dentarios pronunciados. Así tenemos que por ejemplo: la costumbre de ciertos fumadores de pipa, el morder la boquilla, - otro hábito nocivo que fué común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para pelo con los incisivos anteriores para colocárselos en la cabeza. Se han observado en estos casos, incisivos aserrados y - piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

Entre otros hábitos ocupacionales producidos por costumbres relacionadas con el oficio, son los zapateros que se producen cierta abrasión en los incisivos, a causa de tirar siempre con los dientes del cabo encerado y también las muescas finas en el borde incisal de las costureras, que acostumbran morder el hilo para cortarlo o bien sujetan a menudo un alfiler entre los dientes. Algo mayores son las muescas de los tapiceros que sujetan constantemente un clavo entre los dientes. Mucho mayores son aún las abrasiones que, parecidos al ttípico agujero entre los dientes del fumador de pipa se observan a veces en los obreros de la industria casera del tabaco, los cuáles sufren tremenda abrasión, pues - después de liar el cigarro relleno y de envolverlo con la hoja exterior, cercenan con un mordisco el extremo de la envoltura. También pueden observarse abrasiones

dentarias profesionales en los que tocan el clarinete y otros instrumentos de viento, así como muchos obreros de las fábricas de vidrio.

Dentro de los hábitos neuróticos pueden encontrarse hábitos masoquistas. Estos se encuentran ocasionalmente. Un niño de naturaleza masoquista examinada por uno de los autores del libro de odontología pediátrica por Finn, utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial del canino inferior. El hábito había privado completamente la pieza del tejido gingival sin ligar, exponiendo hueso alveolar.

El tratamiento consistió en ayuda psiquiátrica y también en envolver el dedo con cinta adhesiva.

También el pellizcar, restregar o rascar pueden adoptar un tipo tranquilo o erético.

Los niños afectados de enfermedad grave de cualquier tipo se pellizcan con frecuencia los labios con tal continuidad que se hace necesaria la sujeción.

Los niños malhumorados tiran a menudo del cabello (tricotilomanía), y pueden quedar casi desnudas extensas zonas del cuero cabelludo. Si se ingiere cabello continuamente se forma un tricobezoar en el estómago.

Un hábito frecuente y molesto es el de pellizcarse o hurgarse la nariz motivado por una causa irritante local.

Dentro de los movimientos rítmicos encontramos el hábito de golpearse la cabeza. Consistiendo en un rítmico golpeteo de la cabeza contra la cama o el colchón.

Puede producirse en niños mentalmente normales como en los deficientes, y puede ser practicado poco des pués de dejar al niño en la cama, pero se efectúa in cluso en el sueño. Suele terminar este hábito entre el segundo y cuarto año de vida.

Al igual que el hábito anterior, existe el de rota-- ción de la cabeza, cabeceo, balanceo u oscilación del tronco y espasmo emocional de la respiración, éstos en sentido estricto, pueden clasificarse de defectuoso, aunque a veces, tiene carácter voluntario.

Ahora bien, cualquier hábito puede acompañarse de otro accesorio, que también tiene múltiples modificaciones. Como acariciarse la cara ya sea con la misma mano que se efectúa el hábito primario o con la otra. Estos -- movimientos también pueden incluir la nariz, el borde de los labios, retorcerse el pelo o el lóbulo de la -- oreja, llegando a producir escoriaciones en la piel.

También es conocido el hecho de sobar una cobijita y se cubran con ella los dedos que chupan. Estas general mente son suaves al tacto y las ya muy usadas.

Acariciar muñecas u otro juguete son también secundarios.

II.- HABITOS COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS

Sidney B. Finn, en su libro describe una clasificación de los hábitos relacionados por el impulso propio del - niño.

Describe a los hábitos en dos grupos: Actos bucales com pulsivos y actos bucales no compulsivos.

Actos bucales no compulsivos: Son aquellos que no son impulsados emocionalmente y no suelen ser perjudiciales para el individuo.

Es útil como válvula de escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían a través del ciclo vital del niño, produciendo trastornos -- psíquicos graves.

Interpretando este mecanismo de una forma más simple, se diría que los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite deshechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente.

De cómo se actúe en un principio en esa modificación de hábitos, dependerá el que sea o no perturbador para el paciente. Así se lograrán cambios por medio de lixsonjas, halagos y en ciertos casos amenazas de castigo fuertes por medio de los padres.

El objetivo para realizar un buen tratamiento será cerciorarse si se trata de un hábito no compulsivo, pues de este tipo de 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.

Por decir algo, si se observa que en un paciente, existe un tipo de hábito, por pequeños ratos, o únicamente antes de dormir y al quedar dormido suspende el acto, - seguramente se tratará de un hábito no compulsivo. Algunas referencias bibliográficas opinan que este tipo no debe ser motivo de preocupaciones, porque si es de - esta naturaleza llega a desaparecer por sí solo y por - el paso del tiempo, las fuerzas y presiones que ocasionarán sobre los dientes y tejidos orales no causarán -- ninguna anomalfa. Aconsejándolo no molestar al niño --

cuando practique el hábito y por supuesto considerándolo normal.

Actos bucales compulsivos: Son aquellos que cuando ya se han adquirido, una fijación en el niño llega al grado que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los -- eventos ocurridos en su medio. También se dice que es aquel que es impulsado emocionalmente por una frustración presente o pasada, expresando una necesidad emocionalmente profunda arraigada. Este tipo de hábito, se acentúa cuando se trata de corregir.

Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando -- las presiones emocionales se vuelven difícil de soportar.

Literalmente, se retrae hacia sí mismo y por medio de la extremidad corporal u objeto aplicado a la boca, -- puede lograr la satisfacción que ansía. La etiología ya fué comentada anteriormente. También se ha mencionado de las opiniones de ciertos autores describiendo en este párrafo el porqué de su afirmación, la edad en que se debe permitir o no la práctica. Opinando que hasta la edad de 3 años, nada debe hacerse para tratar que el niño abandone el hábito tratándose de un compulsivo o -- un no compulsivo. Se dice que se debe permitir la práctica sin molestarlo, afirmando que con este procedimiento se obliga al niño a abandonar el hábito por sí mismo, y que las deformaciones bucodentales que a los 3 años se encuentran van a desaparecer con las fuerzas naturales de crecimiento y desarrollo.

Otros, en cambio afirman que no es conveniente tratándo-

se de cualquiera de los dos tipos de hábitos, puesto que el niño que inicia este hábito es muy difícil que lo abandone y aún así lograrán quedar secuelas si no muy acentuadas, si ligeras manifestaciones tanto psíquicas como físicas.

Distinguiendo este hábito del ejemplo antes mencionado, si por el contrario, se observa que el niño practica -- ese hábito constantemente prefiriéndolo a cualquier -- otro juego o entretenimiento y que durante el sueño la succión o la ejecución constante, a veces hasta el grado de despertar con el ruido a los padres o familiares.

Tratándose de cualquier tipo de actos, es conveniente - que antes de los 3 años se investigue el motivo por el cuál el paciente es impulsado a desarrollar el acto. Si se encuentra la causa y se llegase a tratar de eliminar ésta, es más seguro que sin molestar al niño, por - sí solo abandone el hábito.

CAPITULO QUINTO

PRINCIPALES HABITOS PRACTICADOS POR LOS NIÑOS Y SUS ALTERACIONES.

En este capítulo mi intención es, disertar los principales hábitos que en la niñez practicamos y como consecuencia, - las deformaciones que se provocan en la cara, dientes, maxilares y tejidos adyacentes.

Uno de los hábitos más comunes que enlisto es el siguiente:

I.- SUCCION DEL PULGAR

El significado acerca de la succión digital se ha mencionado en el capítulo anterior. Aquí solo describiré la fisiología del mismo, la forma en que se efectúa y las consecuencias que resultan de éste. La posición del dedo en la boca varía de una forma increíble en posición y colocación.

Volviendo a la polémica de la época en que debe ser permitida, la distinción entre lo normal y lo anormal del hábito mismo, debe ser juzgado a mi criterio según la interacción de las investigaciones bibliográficas y más que nada de la experiencia clínica que se ha tenido. Así, debido al factor, falta de experiencias clínica, seguiré a la orientación bibliográfica, tomando en cuenta la frecuencia, duración e intensidad con que se practica.

Las deformaciones que se producen en los maxilares son debidas a la presión que se ejerce en el hueso, - siendo éste un tejido plástico y no calificado a esa

edad, reaccionará a todo tipo de presión.

Esto se ejemplifica de la siguiente manera: Al reproducir un aparato masticatorio en plastilina y al hacer presión sobre éste, tal como lo hace el dedo del niño en la boca, se verá la de formación causada, en esta deformación también juega un papel importante la dinámica de los -- músculos peribucales, pues normalmente en la posición postural de descanso existe una especie de equilibrio de las fuerzas musculares intrabucales y extrabucales con la musculatura bucal y peribucal, evitando el desplazamiento anterior de los dientes, pero si estas fuerzas son desequilibradas lógicamente habrá deformación.

La deformación de este tipo de vicio nos hace recordar al célebre personaje; el prototipo de esta clase, al Tribilín de Disney que es una clase II, o sea, que las primeras molares superiores se encuentran mesializadas en relación con las primeras molares inferiores. Más, debemos tener en cuenta que si existe una clase II por herencia, serán las visibles deformaciones que si existe una clase II, división I, y que por casualidad se chupe el dedo, no se estará tan seguro que fué el dedo quien lo haya producido sin que se haya tomado en consideración los factores de herencia.

Otro punto en donde frecuentemente se confunde uno, es cuando un niño se succiona el dedo solamente a la hora de dormir y que posteriormente no lo hace, no produce ninguna deformación sino que otro hábito puede seguir al dedo como puede ser la lengua con una función anormal del músculo de la barba, necesitando un diagnóstico compli

cado.

La succión hasta los tres y medio años. Al seguir las teorías Freudianas, se confirma que al nacer - se desarrolla el mecanismo de chupar, siendo adaptado al mismo tiempo un intercambio con el mundo - exterior. A través de la succión no solo se obtiene una alimentación, sino que se adquiere además, - sensación de euforia y bienestar indispensable en la primera época de la vida. Mediante este acto - el ser humano satisface el sentido de seguridad, - un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Aumentando a esto la gran sensibilidad que se tiene en la yema de los dedos, al llevarlos a la boca, produce la respuesta rápida de succión, produciendo así la fisiología básica de la infancia. La coherencia anterior me hace pensar que es necesario, por los menos de 1 y 1/2 años, permitir el - succionar el dedo, pero sin descuidar la frecuencia, duración e intensidad.

Durante los primeros años de la vida, la experiencia ha demostrado que el daño se limita al segmento anterior principalmente, siendo temporal siempre que - el niño principie con oclusión normal y aumentado, o siendo permanente si persiste más allá de los 3 -- años y medio.

Después de los 4 años de edad. Algunas veces se ha - observado en niños que solamente mantienen el dedo en la boca pero sin aplicar fuerza, que no puede llegar a modificar los tejidos. Cuando el dedo índice es el que se succiona, las modificaciones dependen de la posición y la fuerza que se aplique. Por ejemplo, hay mayor daño 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.

Tres son los factores que intervienen en la presión del hueso:

- 1.- Una fuerza pasiva contra el arco dental.
- 2.- Una contracción normal de los carrillos contra el lado del arco por la acción de la succión.
- 3.- Una presión muscular anormal del pulgar contra el paladar.

Los efectos sobre la estructura de la boca, son los siguientes:

Cuando no existe un cuerpo extraño entre los incisivos, se produce un estrechamiento de los arcos maxilares en la región de los caninos, de los molares o premolares y cierto estrechamiento del área molar -- del maxilar.

En muchos casos hay una interrupción de continuidad del arco en las regiones del canino del lateral, las coronas de los caninos de los molares o premolares - infantiles se inclinan en sentido mesial con respecto a lo normal, en uno o en los dos maxilares. Los dientes anteriores pueden estar sobrepuestos, mal colocados, y pueden tener perversiones axiales o no, en el sentido mesial o lingual. La mordida se cierra - como resultado de la presión de los labios sobre los dientes anteriores de la mandíbula que los inclina - hacia lingual y los lleva a supraoclusión.

Cuando existe un tejido o cuerpo extraño entre los incisivos, existe una infraoclusión y supraoclusión de los molares, los ejes de los dientes anteriores superiores e inferiores cambian de sus ejes normales, produciendo espacios interdentes anteriores. Hay una exagerada curva de Spee en los dientes mandibulares, hipertrofia de los músculos buccinadores y de los músculos de los labios cuando lleva varios años con el dedo.

Además de deformar los arcos dentarios, los estorba en la estabilidad del hueso alveolar porque hace que los planos inclinados de los dientes queden fuera de contacto funcional.

Todas las deformidades anteriores pueden dificultar el acto normal de la deglución.

El tratamiento que se lleva a cabo en este caso es múltiple y se menciona en el siguiente caso.

II.- SUCCIONADORES DE LABIO

El succionar el labio, lengua y mejilla, se presenta por lo general en la edad escolar, intensificándose en particular cuando ya existe una protrusión del maxilar superior o una posición distal entre los dos maxilares en la dentadura temporal.

Actuando como almohadilla el labio impide la autocuración de la anomalía y hasta la intensifica.

Para Nord, el chupar el labio es una de las costumbres más desastrosas que pueden existir, aclarando que el succionar o chupar el labio se realiza casi las 24 horas del día, siendo por lo general el la-

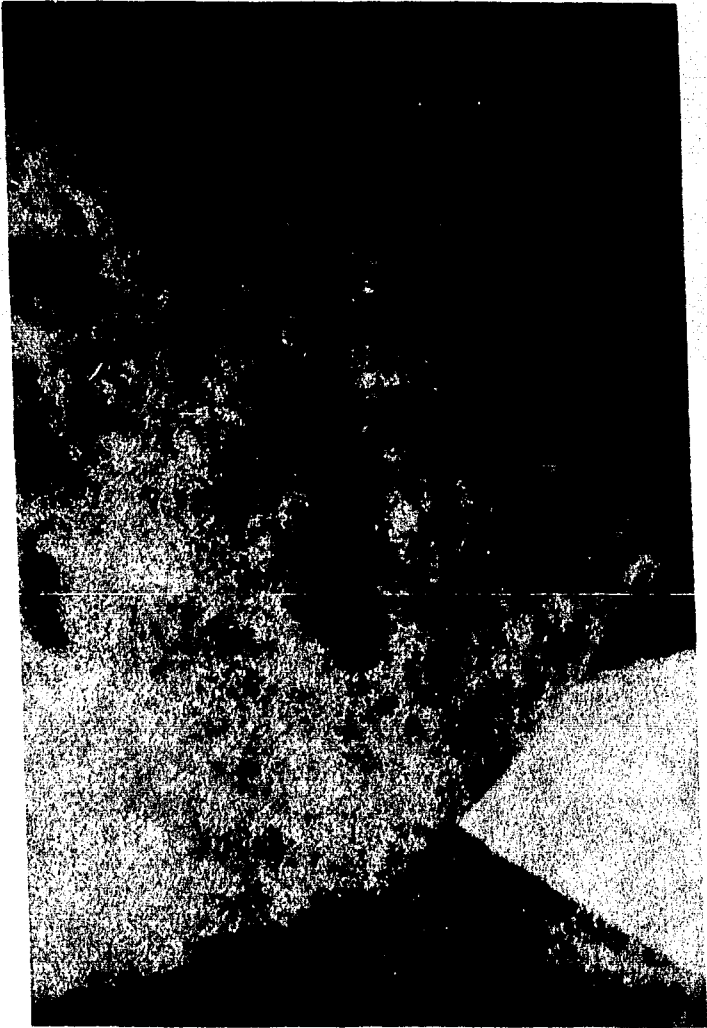
bio inferior. Este tipo de vicio produce prognatismo alveolar superior y retrognatismo alveolar inferior. Siendo constante el hábito, tiende a mover labialmente los dientes anteriores del maxilar, estableciendo con ellos una apertura de la mordida o infraoclusión de los dientes anteriores. Los molares pueden alargarse, aumentando así la mordida abierta.

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

La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio inferior. El labio inferior se vuelve hacia adentro. La lengua vuelve a la boca y el labio inferior queda sujeto entre los dientes, al volver el labio inferior a su posición normal se aplica una ligera presión sobre los incisivos del maxilar, que se inclinan labialmente. El grado de protrusión depende del espesor del labio inferior, que conserva la deformidad. Muchas ocasiones este hábito va acompañado de la respiración bucal o viceversa, porque el labio inferior queda situado entre los dientes de los dos arcos dentarios y el niño adquiere la costumbre de morderlo.

1).- EXPERIENCIA # 2

Respecto al tipo de pacientes de la descripción anterior, en la Clínica Odontológica Aragón, donde realicé los estudios odontológicos, observé en uno de tantos casos que recurren, al paciente, niño Juan López Palacios de 11 años de edad. Iniciado el hábito a partir de un traumatismo debido a una travesura infantil, sufriendo una fractura de primer grado en



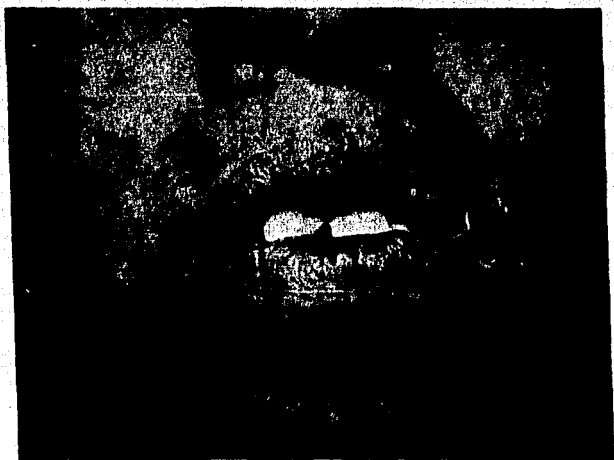
el incisivo central superior derecho permanente.

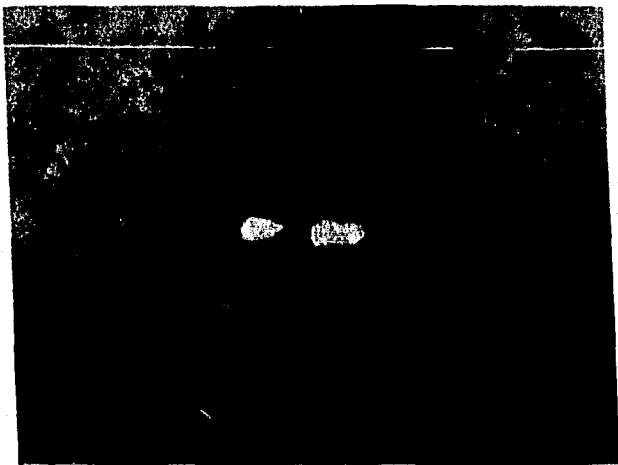
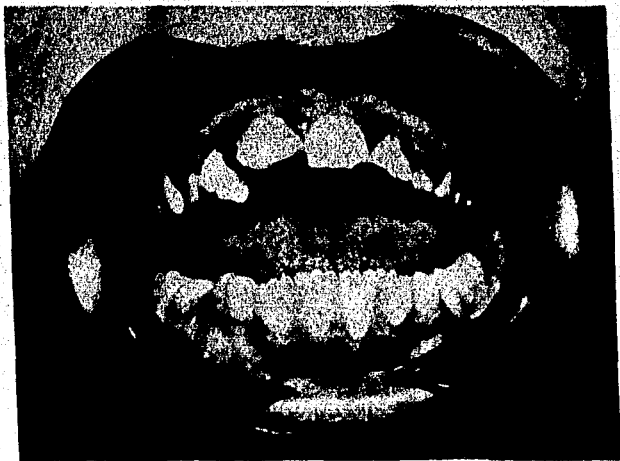
El inicio, según datos del paciente, al sentir la rozadura de la fractura en el labio como en la lengua, metía el labio inferior entre las dos arcadas, llegando a causar una deformación por la irritación constante. Aunada a la ligera protrucción del maxilar superior, se convierte en una mordida abierta.

El tratamiento se inicia con la restauración del diente afectado (resina con pines), para el tiempo, y ahora ya eliminada la causa u origen, el niño no abandona esa costumbre, al contrario, la intensifica.

2).- EXPERIENCIA # 3

Muestro el caso de un niño de 10 años de edad. Se muestra una pequeña mordida bierta, prognatismo alveolar, afectando a los cinco incisivos, aquí también se inició a raíz de haberse despostillado los incisivos superiores, luego fué la costumbre. También existe una ligera deglución anormal. Se observa también la forma de succión del labio. También se muestra el cierre de labios que tiene actualmente.





III.- SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS

Es necesario indicar nuevamente el mecanismo de succión según Kantorowicz, pues él señala que - la succión satisface dos instintos: el alimentario y el de succión; para satisfacer éstos -- existen a la vez, dos reflejos innatos que son el reflejo de succión y el de deglución.

Así pues, el mamar satisface los dos instintos, los primeros 5 a 6 minutos toma la parte principal de la leche, satisfaciendo el instinto alimentario; en los siguientes 15 minutos, junto al pecho de la madre y estimulado por unas cuantas gotas de leche hasta saciar esa necesidad, satisface así el estímulo de succión.

Mientras que la alimentación artificial en el niño solamente satisface el solo instinto alimentario pero no el de succión, pues la madre en -- cuanto termina el contenido de la mamila la retira inmediatamente y aún más rápido es cuando el agujero de la tetilla es suficientemente grande, que va directamente a la parte posterior sin hacer los movimientos necesarios de deglución materna. Al no satisfacer su instinto de succión y además de que el niño no está cansado por lo fácil que - le fué el paso del alimento, acaba de completarse con cualquier objeto, dedo o tejidos peribucales.

Aparte del pezón, el bebé siente calor al contacto de las partes del seno de la madre, ésto y los mimos que la madre le ofrece, dan al niño sensación de bienestar y euforia.

Se ha visto también que el acto de succionar no -

es uniforme en todos los bebés, pues efectúan tres clases de movimientos. Un movimiento puramente horizontal de atrás, adelante y viceversa. Un movimiento de cerrar y abrir puro "movimiento de hacha" y un movimiento combinado de abrir y cerrar, y adelante y atrás. Estos movimientos dependen de -- la consistencia del pecho.

El amamantamiento natural es no solo importante -- desde el punto de vista fisiológico, afectivo, social y nutritivo, sino que tiene importancia desde el punto de vista funcional provocado por los estímulos de este tipo, haciendo de la mandíbula movimientos de retracción más o menos fuertes, éstos se desarrollan hacia adelante para llegar a su posición correcta respecto al maxilar superior.

En la lactancia natural las encías se encuentran se paradas, la lengua a manera de émbolo es llevada hacia adelante de tal forma que la lengua y el labio se encuentran en constante contacto, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana cuando el mecanismo del buccinador se contrae y se relaja en forma alternada.

La tetilla artificial corriente solo hace contacto -- con la membrana mucosa de los labios, el borde del berbellón. Debido a su mal diseño, la boca se abre más y hace que únicamente trabaje en exceso el buccionador. Los movimientos accesorios son reducidos, -- convirtiéndose el acto de mamar en un chupeteo anormal.

Observando a los niños con alimentación a base de maderera, se ha visto que es causa fundamental tanto en

las anomalías bucales, como desencadenante para adquirir un vicio cualquiera. Balter y colaboradores alemanes, concluyeron que aparte de las -- tetillas mal diseñadas, las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos.

Los fabricantes de este tipo de accesorios para la alimentación artificial no han podido diseñar un aparato eficaz para la alimentación de un -- bebé, pues aparte de no poder llegar a igualar -- la forma del pezón materno, tampoco han sustituf -- do en amor, el afecto y el calor por asociación, pero más que otra cosa han ignorado totalmente -- la fisiología básica del acto de mamar.

En nuestra época, en la que la madre típica no -- amamanta a su hijo por la moda, trabajo y tener deformaciones, lo menos que se puede hacer es -- adoptar una tetilla artificial fisiológicamente diseñada, y dar a sentir al niño contacto materno, con ésto quizá se logre aminorar el deseo de chu -- par el dedo y tejidos peribucales.

Cualquier error que se cometa en un niño es quizá susceptible a cambios, pero privarlo de sus alimen -- tos más esenciales, tiempo, atención, y detalles -- maternos en la lactancia, es imperdonable.

En el mercado existen una gran mayoría de tetillas y chupetes, para el fin que se ha tratado. Existe el chupete largo que no se debe usar en niños con paladar cerrado, pues se acostumbra a chupetear -- y además, existe el riesgo que se atragante el niño.

Según Hausser, el chupete ideal debe tener una consistencia dura y su forma y tamaño corresponder a la del pezón, como el chupón Poupon de -- Dreyfuss, natura y Mutter gluck. El chupete de Muller Balter estimula al mismo tiempo el cierre de los labios, que se utiliza también en los respiradores bucales. Grasler, le puso a su tetilla goma maciza para dar resistencia a la comprensión, con un centro donde corre la leche. Gyorgy-Algyoy recomienda aplicar un pedazo de -- esponja en la parte anterior de la madera. Davis y Davis construyó una plaquita de metal que se -- apoya en el labio superior que sirve para hacer un movimiento de la mandíbula hacia adelante, -- adaptándose a la madera. El chupete que más se asemeja es el de Balter Muller, tanto anatómicamente como funcionalmente, tiene la forma de la parte superior del maxilar inferior, un escudo en acorde al tamaño de la boca y permite el libre movimiento del maxilar inferior estimulando así el crecimiento longitudinal de éste, hacia adelante. El biberón Nuk Sanger, tiene también cierta actividad natural.

Se aconseja que junto con la tetilla que se le va a proporcionar alimento se utilice un ejercitador o pacificador, para reducir el deseo de buscar -- un ejercicio suplementario y a la vez que es un formador de bocas y maxilares. Este consta de un escudo labial y un arillo, existe para bocas sin dientes y para dentadura temporal.

El chupón de punta roma, hace que el lactante ingiera más aire de lo debido, por lo cuál a este usuario hay que hacerlo erupstar.

También se dice que es mejor facilitar al niño el chupete fisiológicamente diseñado, en lugar de -- permitir que se chupe el dedo, pues éste hace palanca y es duro y en cambio el chupete es blando y no causa maloclusiones severas y también que va a ser desterrado en la época preescolar al ver -- que los demás niños no lo usan.

También se puede recomendar siempre, el uso de un chupete en la época de la lactancia para suplementar los ejercicios del mismo. El destete por lo menos debe durar un año y si no, seis meses.

IV.- PRESION ANORMAL DE LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES

Entre otros hábitos, puede encontrarse también el presionar la lengua contra los dientes, provocando no pocas deformaciones, además, que existe una mayoría que lo practica. Es uno de los hábitos más difíciles de descubrir, además de ocasionar maloclusiones severas, producen anomalías en la fonación. El ceceo muchas veces hace sospechar la presencia del hábito.

En este acto, la lengua siendo un órgano suave y - móvil, se adapta a posiciones diversas, desplazando las piezas hacia bucal o labial, interponiéndola -- entre las dos arcadas, impidiendo el contacto de -- las piezas dentarias antagonistas.

La lengua, que está compuesta por varios músculos, es el origen de muchas dificultades, pues normalmente, existe un equilibrio fisiológico entre los músculos de la lengua, en la parte interna de la línea de los dientes y la cortina de los músculos faciales en la parte exterior, que ayuda a determinar la posición de los dientes y de las estructuras óseas de la boca. Cuando se rompe este equilibrio el empuje anor

mal de la lengua en la parte interna produce en los dientes diversos grados de maloclusión.

Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre el maxilar superior e inferior.

Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho puede ser fortalecido.

Esta práctica puede iniciarse en la época del -- cambio de dentición primaria a la permanente, el niño juega con la lengua con la pieza móvil o -- empieza introduciendo en el espacio vacío de la arcada, cuando el diente se ha caído, convirtiéndose en acto inconsciente. Otro factor que influye es la mordedura o succión del carrillo y la bios. Tener la lengua grande puede también influir.

Existen niños que muerden la lengua, en los que -- se producen hipooclusiones de los incisivos superiores y prognatismo alveolar superior e inferior.

Al formular un diagnóstico, debemos tomar en cuenta que presenta un gran problema descubrir el hábito y aún un problema peor dominarlo. El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Si el niño no está en la edad en que coopera, no podrá lograrse esto.

Sin embargo, se puede utilizar ejercicios miofuncionales, para llevar los incisivos a una alineación adecuada, a un niño de más edad, preocupado por su aspecto y ceceo se le puede enseñar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en esta posición. Puede construirse una trampa de púas verticales, - similar a la de succión del pulgar.

El ceceo se trata principalmente de la mala formación de los sonidos, sigmatismo, o la formación interdental de otras.

El ceceo se debe, por un lado a factores hereditarios y mala posición de la lengua, y por otro, a anomalías de posición de los dientes y de la mordida.

V.- DEGLUSION ANORMAL

Se ha mencionado que la actividad anormal de la -- lengua en la deglución estaba asociada con el hábito de succión digital y con más frecuencia, la respiración bucal, jugando éste un papel de importancia en el desarrollo de anomalías de los dientes y maxilares, sin afirmar que la deglución sea la causa fundamental. Barret y Gwynne Evans en sus investigaciones, observan una cierta relación entre el hábito de deglución anormal y defectos del habla.

Cuando los alimentos están ya bien masticados e insalivados, los movimientos combinados de los maxilares y de la lengua dan a la masa alimenticia una -- forma alargada (bolo alimenticio), apropiado para el acto de la deglución.

La deglución consiste en una serie de movimientos -

complicados y musculares de la faringe, esófago y el extremo cardíaco del estómago. Magendie, lo divide en 3 etapas: Etapa oral voluntaria, etapa faríngea que es refleja, y etapa esofágica. La define como una serie de acciones combinadas de los distintos órganos de la cavidad bucal que empujan la saliva o el bolo alimenticio hacia el esófago. Gwyne-Evans, opinó que la deglución -- anormal era una reminiscencia de los orígenes -- viscerales de la musculatura orofacial, clasificándola como somática o normal y viceversa, o -- anormal, siendo originada la anomalía en los primeros meses de vida cuando el niño coloca la lengua entre los bordes alveolares en el acto de la succión, con la erupción de los dientes la punta de la lengua se coloca en la parte anterior - del paladar por detrás de las caras linguales de los incisivos superiores, siendo anormal la persistencia de la deglución visceral en el adulto. Otros en cambio, opinan que el origen es una inadecuada alimentación con mamadera.

La descripción normal de la deglución me es útil para comprender lo anormal siendo así: que Wildman y colaboradores describen la deglución normal en su teoría de la Función Integral; como la acción de una serie de válvulas musculares unidas - o sincronizadas por un control reflejo. También es interesante observar que el paso del bolo alimenticio a la faringe es un acto de carácter voluntario, pero a partir de aquí, el proceso se desarrolla de un modo reflejo.

En la etapa oral A; la lengua antes de que empiece la deglución se encuentra en posición de descanso

pasivo, la punta en contacto con los incisivos inferiores, el maxilar inferior se encuentra - en posición de descanso fisiológico, con los - arcos dentarios separados y los labios en contacto uno con el otro pero sin acción, el conducto respiratorio se encuentra abierto a través de las fosas nasales.

En la etapa oral B; cuando empieza la deglución los dientes se ponen en contacto oclusal y el bolo alimenticio queda sostenido en el dorso - de la lengua solamente por breves instantes, la punta de la lengua se coloca en contacto con el borde alveolar superior en la mucosa palatina - cerca de la cara lingual de los incisivos. El - dorso de la lengua adquiere una concavidad para sostener el bolo alimenticio, quedando sellado - por delante por la punta de la lengua, en contacto por el borde alveolar, por los lados de los - bordes laterales de la lengua que se cierra contra los dientes posteriores, y el borde gingival de la mucosa palatina y por detrás, el extremo - posterior del dorso de la lengua que se eleva en forma de arco para encontrar el paladar blando - (válvula palatolingual), evitando que el bolo -- alimenticio entre prematuramente a la faringe.

Etapa oral C; aquí el bolo alimenticio es impelido hacia atrás por un movimiento también en dirección posterior de los músculos de la lengua, la - cuál se oprime contra el paladar en su parte anterior y el dorso desciende acompañado por un descanso también del paladar blando para mantener contacto con la lengua.

Etapa faríngea: Esta se efectúa cuando llega el bolo alimenticio al istmo de las fauces, teniendo acción conjunta; la lengua, el paladar blando y la faringe. Al final de la fase oral el paladar blando se eleva y cierra la comunicación con la faringe nasal y con las fosas nasales, al tiempo que permite el paso del bolo por el istmo de las fauces, la elevación del paladar hasta que entre en contacto con la pared posterior de la faringe e impide el paso a las fosas nasales.

El dorso de la lengua desciende para que caiga el bolo a la faringe bucal, entrando en acción peristáltica al paso del bolo, cerrándose la faringe y continuándose hacia el esófago.

La deglución ideal debe ser, según Last, la que se hace cuando se bebe un líquido de un vaso, con los dientes y los labios separados y con completo control del líquido ingerido por parte de la lengua, que impide que el líquido regrese al vaso.

En la deglución anormal no hay contacto oclusal entre los dos arcos dentarios, la punta de la lengua se coloca entre los incisivos superiores e inferiores, y los bordes laterales entre las superficies oclusales de los premolares y los molares. Se ha visto también que con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar labios correctamente y crear una presión negativa requerida para la deglución normal.

En la deglución anormal, la interposición de la lengua entre los arcos dentarios produce hipoclusión y vestibuloversión de los incisivos. También separa la mayoría de los dientes posteriores incluyendo pre

molares y en casos raros el primer molar unilateralmente. El labio superior en la deglución anormal ya no es necesario, como esfínter en contacto con el labio inferior, y permanece hipotónico, sin función y se ve corto y retraído como sucede en la deglución normal. La lengua es un auxiliar que ayuda a cerrar el labio inferior durante la deglución pero también por su musculatura y fuerza ayuda a -- crear una maloclusión o deformidad más acentuada. Hecho por lo cuál se produce una anomalía severa, pues ésto se repite mil veces diarias.

Antes de intentar cualquier corrección ortodónica se hace indispensable reeducar al niño en la deglución normal para eliminar la fuerte presión de la lengua, que será un factor decisivo en la aparición de recivias.

VI.-

MORDEDORES DE CARRILLO

Es un hábito muy poco frecuente pero que se encuentra en algunos niños. Esta costumbre poco conocida se efectúa como sigue: los dientes participantes -- quedan en infraoclusión, o sea, que la mucosa del carrillo introducida entre las arcadas dentales, actúa inclinando los dientes hacia adentro, con lo cuál se fomenta la formación de una mordida cruzada local -- (Eismann).

El odontólogo puede lograr el abandono de este hábito, sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales -

ayudando a enderezar los músculos labiales y ejercer presión en la dirección acertada sobre las -- piezas anteriores superiores.

Esta costumbre también puede provocar estrechamiento de las arcadas, falta de contacto de las piezas dentarias superiores con su antagonista.

VII.- RESPIRACION BUCAL

Es común observar frecuentemente a niños que efectúan una respiración anormal, siendo ésta por la boca. Esta respiración bucal se debe a 3 categorías: Por obstrucción, por hábito y por anatomía. Estas interferencias a la respiración obligan al niño a efectuar la respiración por la boca, trastornando -- las fuerzas que actúan sobre los procesos alveolares y los dientes, manteniéndolos en equilibrio, llegando a provocar anomalías dentofaciales.

Los que su respiración anormal por la boca, es por obstrucción, se debe a que existe algo que impide -- el libre paso del aire por las fosas nasales, obligándola a ser por la boca. El que por razones anatómicas respira por la boca, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos. El que lo hace por hábito, es que aún eliminando el obstáculo -- que impedía el hacerlo por la nariz, sigue el vicio.

Las obstrucciones respiratorias pueden ser altas o bajas. Las obstrucciones respiratorias altas se deben: a las vegetaciones adenoideas, hipertrofia de las -- amígdalas faríngeas, los pólipos, las rinitis repetidas, hipertrofia de los cornetes, las desviaciones del tabique nasal, o sea todas aquellas que tienen su -- asiento en las fosas nasales.

Las obstrucciones bajas son: La hipertrófia de las amígdalas palatinas, amigdalitis repetidas.

Recordando que la respiración es una actividad refleja, y que normalmente se efectúa por las fosas nasales, cuya mucosa tiene una función bactericida y de caldeamiento del aire; así vemos que la cavidad bucal solo interviene en la respiración de los esfuerzos físicos, cuando el aire inspirado por las fosas nasales no es suficiente.

Kentororicz, en una de sus teorías demostró que la respiración bucal no actuaba deformando el maxilar superior, así pudo observar que al existir un impedimento al hacerlo por la nariz, lógicamente lo tenía que efectuar por la boca, estableciendo una descompensación de las presiones existentes logrando ser mayor en la inspiración. También opina que puede ser un con comitantes, con la frecuencia de succión.

Considerando la anormalidad como especialidad, algunas ocasiones no se puede comprobar la relación causal con cada especialista (otorrinolaringólogo, pediatra, psiquiatra), calificando entonces como una respiración habitual, razón por la cuál es aceptada dentro de los hábitos y es entonces cuando el dentista debe poner su conocimiento en cuanto a la causa.

Korkhaus concluye en sus observaciones clínicas, que ciertamente esta clase de respiración desempeña un papel de importancia en las malformaciones adquiridas, pero que el origen de todas las anomalías fué

en la época de lactancia y primera infancia, causada por efectos nocivos, quizá de la succión de dedo o alimentación con mamadera y por qué no, también de la posición durante el sueño.

Es inevitable percatarse de la fisiología y las fuerzas patológicas que sucede en la respiración bucal, analizándolas así: Los incisivos superiores se inclinan hacia adelante en vestibulo versión produciendo prognatismo alveolar; el maxilar inferior se coloca hacia abajo y hacia atrás, por estar siempre con la boca abierta y los incisivos inferiores al no establecer contacto con los superiores sufren agresión, por esta razón el labio inferior se coloca entre los incisivos superiores e inferiores y empuja por la parte lingual a los incisivos superiores, facilitando la vestibuloversión de éstos. El labio superior pierde su tonacidad normal y se hace hipotónico, flácido, se vuelve hacia adelante y la parte mucosa se vuelve más aparente, no hace contacto con el inferior y formando o describiendo un arco en vez de una línea horizontal. El labio inferior al quedar colocado entre los incisivos superiores e inferiores, puede sufrir una hipotonacidad. Al obligar al niño el cierre normal, se observa un esfuerzo marcado y una apreciable contracción del músculo por la del mentón.

Por falta de estimulación muscular normal de la lengua y por una presión mayor sobre las áreas de caninos y primeros molares, por los músculos orbicular de los labios y buccinador, los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban, dando en un maxilar superior en forma de una bóveda palatina elevada.

También se ha mencionado que las obstrucciones respiratorias bajas producen anomalías contrarias a las anteriores, o sea, que ocasionan prognatismos inferiores. Esto es cierto, porque en un niño con atrofia de amígdalas o cualquier otra afección de amígdalas palatinas, sufren dolor al deglutir, motivo por lo cuál el maxilar inferior es llevado hacia adelante para separarlo de las amígdalas y se acostumbra a colocar los incisivos inferiores en vestibuloclusión, convirtiéndose en hábito y así estableciendo la anomalía.

Antes de tomar medidas profilácticas o terapéuticas, se deberá asegurar de que el conducto nasofaríngeo esté suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire incluso en casos de emoción extremada, de respiración forzada o ejercicio físico.

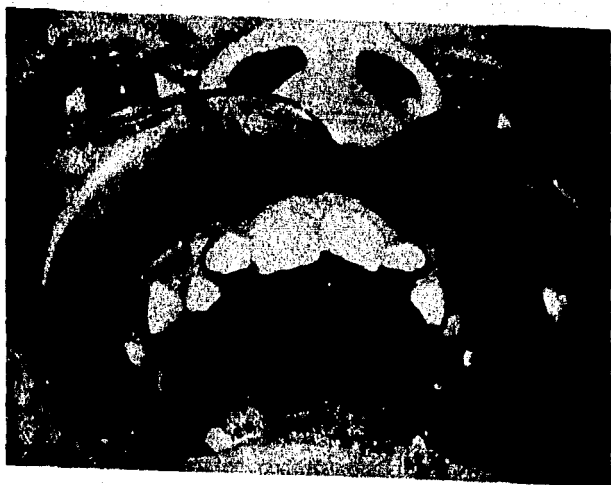
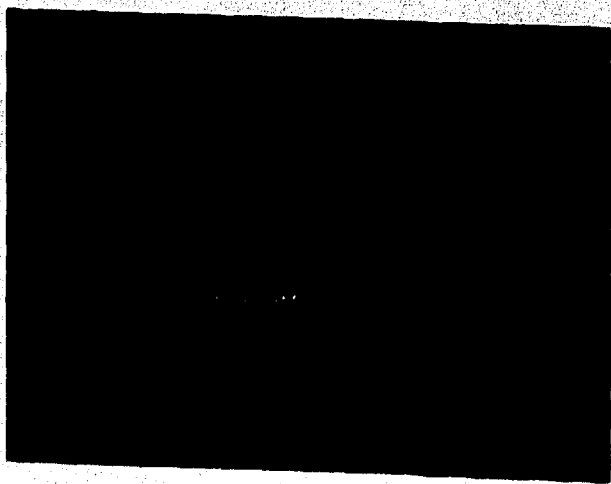
Massler y Zwemer han utilizado un método de diagnóstico, consistiendo éste en hacer una mariposa de algodón y colocarla debajo de los orificios de las fosas nasales para ver si el aire inspirado la mueve o no, o si se desplaza solo de un lado. Esto se pone en práctica cuando el niño no está adiestrado y con los ojos cerrados; también se puede utilizar una loseta de vidrio y se observa si se empaña o no. Con estos procedimientos el odontólogo descubre a tiempo la anomalía pero es el otorrinolaringólogo quien dará el diagnóstico definitivo.

El tratamiento consiste en: Una vez eliminada la causa el consentimiento del niño y la utilización de un protector bucal o escudo de plástico.

EXPERIENCIA # 4

Corresponde a un niño de 10 años de edad, respirador bucal, se nota la flacidez de los labios y la vista de frente y perfil se muestra el cierre anormal de la boca y tejidos peribucales. La ligera giroversión que existe no se logró investigar si fué causa del mismo hábito. Pero sí se observa una bóveda palatina elevada. Este niño sufre frecuentemente de amigdalitis.





VIII.- BRUXISMO

Es un hábito que se ha observado en los niños, consiste en frotarse los dientes entre sí. Generalmente se practica en la noche durante el sueño, aunque se ha observado en niños en vigilia, principalmente en débiles mentales. Este hábito refleja nerviosismo y gran excitabilidad al igual que el hábito anterior. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atricción considerable de las piezas y puede incluso quejarse de molestias en la articulación temporomandibular.

Los niños que practican esto, generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

Se ha observado en otro tipo de enfermedades como corea, epilepsia, y es un síntoma clásico de meningitis, también se presenta en trastornos gastrointestinales.

Su tratamiento debe entrar en el campo familiar, el psiquiátrico y el odontopediátrico.

En nuestro caso podemos ayudar construyendo una férula de caucho blando, al menos para romper el hábito, ésta se utiliza sobre los dientes durante la noche. Se pueden administrar calmantes menores, como mutabon A, para tranquilizar y/o relajantes musculares.

IX.- ONICOFAGIA

El hábito de morderse las uñas es muy corriente y en los niños sensibles es proporcional a la excita

ción nerviosa o inquietud a que están sujetos. Es también un hábito que últimamente se ha considerado normal y que se desarrolla después de la edad de la succión. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. Se supone -- que este hábito vicioso no produce maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al - morder las uñas son similares a los del proceso - de masticación.

En la bibliografía de Finn; observa éste que sola^umente en caso de existir impurezas debajo de las uñas, observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, aunque los padres puedan no encontrarlo aceptable.

Cuando el niño crece y se convierte en adulto, - otros objetos substituyen a los dedos. Morderse las uñas no es perjudicial logrando crear serios desgastes, pero rara vez desviaciones, opina otro autor.

Según Billing, el acto de morderse las uñas sigue una secuencia de cuatro posturas:

- 1.- La colocación de cualquiera de las dos manos cerca de la boca, con una duración de unos - cuantos segundos hasta medio minuto.
- 2.- El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- 3.- Una serie de mordeduras rápidas y espasmódicas, con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.

4.- El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente y lo palpa.

El tiempo que tarda en hacer estos cuatro movimientos, el niño mantiene una expresión grave. A los que tienen el hábito muy arraigado suele serles difícil abandonarlo, aún cuando se les ridiculice.

Massler y Malone resumen sus observaciones sobre -

- 1.- Su iniciación es entre los 4 ó 5 años de edad.
- 2.- Aumenta su frecuencia después de los 5 años y alcanza su máximo en la pubertad. Declina rápidamente después de los 15 años, rara vez se observa a los 30.
- 3.- Se origina en un hábito reprobado el cuparse el dedo, fundamentalmente es un acto de transferencia.
- 4.- Es común entre los niños de las escuelas primarias y secundarias. El acto debe considerarse forzosamente, como normal dentro del intervalo de cuatro a dieciséis años de edad. No debe extrañarse en grado moderado en el estudiante de tipo medio y se considera como normal.
- 5.- Tiende a desaparecer durante la adolescencia y es sustituido por otros ya aceptados por la sociedad, como morderse los labios, masticar goma y fumar.

En casos ligeros, el tratamiento es innecesario. Pero ha de saberse que presta alguna ayuda mantener las uñas bien cortas y proteger los dedos con guantes, aun que esto sirve más para calmar a los padres que para -

ayudar realmente al niño. Todo intento directo de solucionar la cuestión debe llevarse a cabo en términos de ofrecer recompensas para uñas bonitas en vez de avergonzar el hábito. En todos los casos se inoportuna y molesta al niño, pero es más acertado dar confianza al niño a acrecentar el sentido de seguridad en la situación familiar.

X.- HABITOS DE POSICION

Se ha descrito, que también, puede producirse deformaciones sobre todo en maxilares muy maleables, como los individuos raquíticos, por mala posición. Los hábitos de posición producen deformaciones en el primer año de vida y si bien en ese momento escapan del control del odontólogo, el diagnóstico acertado es establecer un buen tratamiento. La mala postura y la maloclusión dentaria pueden ser el resultado de una causa común, pero también una mala postura puede acentuar una maloclusión dentaria, pueden ser el resultado de una causa común, pero también una mala postura puede acentuar una maloclusión ya existente.

Las malas posturas de las que estoy haciendo mención, son:

- Las posiciones que adoptan los niños al leer.
- Sentarse en clase o en algún sitio o al dormir.

Se ha acusado de muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que el mentón des

cansa sobre el pecho, de crear su propia retrucción del maxilar inferior. Cuando el niño descansa su cabeza sobre las manos durante periodos indeterminados, la postura que se ha observado con más frecuencia es la de apoyar la cabeza sobre el antebrazo generalmente a nivel de la arcada superior, --- cuando se está así por muchas horas al dormir de un solo lado, las piezas dentarias pueden desplazarse hacia palatino, aunque los niños cambian muchas veces de posición al dormir. Otra posición increíble pero que se ha observado en algunos niños es de apoyar la cabeza y recargarla en el incisivo superior sobre el pulpejo del dedo pulgar, produciendo un -- marcado desplazamiento hacia labial.

Aunque raros, este tipo de posturas, se debe de dar un diagnóstico y un tratamiento, y éste debe ser individual. Practicar ciertas posturas ortopédicas - puede ser ideal.

CAPITULO SEXTO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS PRACTICADOS EN - LOS NIÑOS.

El concepto moderno de prevención en la salud dental comprende al niño desde diferentes puntos de vista, tanto en lo físico - como en lo emocional, psíquico y en lo social, (concepto de la Organización Mundial de la Salud.) Este concepto obliga al dentista a tratar a un niño desde estos puntos de vista. En su método terapéutico debe incluir medios artificiales, miofuncionales, protésicos y psicológicos, ya sea para romper, prevenir o como tratamiento precoz de dichas costumbres.

Es inútil considerar que un niño adquiriera una visión amplia del hábito mismo y de sus consecuencias, recomendando que en el momento de hacer la eliminación el niño se encuentre preparado -- psicológicamente y esté consciente de querer dejar el hábito , pues aunque el dentista y los padres lo guíen no podrá abandonar lo si él no lo desea. En el niño que todavía no decide o razona por sí mismo, se puede hacer cualquier tratamiento sin más pregunta.

La actitud de los padres en este tipo de tratamiento es de indiscutible importancia. Aparte de apoyo brindado de los padres, se deben tomar en consideración varios criterios respecto a la eliminación o sea actitud de cooperación para el mejor funcionamiento de la prevención o del tratamiento.

Muchas veces a los padres no les preocupa o no saben de las malformaciones que pueden causar desde el punto de vista estético - en la boca, sino que les preocupa el mal aspecto que da ver al niño efectuar el acto. Como consecuencia de esto, tratan de eliminarlo en casa con una serie de métodos que van desde untar sus

tancias simples, tratamientos bruscos, regaños, insultos, amenazas, enfriamientos continuos con los padres y hasta golpes que en lugar de impedir el desarrollo de la acción, hacen que el niño se concentre más en esa actitud. Pues además de no tomar en serio, por ser una persona de la misma familia, lo seguirá haciendo simplemente para llamar la atención.

Es necesario hacer comprender a los padres el efecto que causa en la cara y en los maxilares para que presten mayor empeño a la prevención y al tratamiento.

Deben tomar en cuenta que muchas veces al eliminar un hábito primario, desaparece en secundario o viceversa. Pero existen ocasiones en que al eliminar un hábito aparece otro de igual o mayor intensidad.

Comprender que para el procedimiento sea completo, es necesario compatibilizar en los siguientes puntos:

Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito que puede ser de una dos semanas. No criticar al niño si el hábito continúa, ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

Por parte del odontólogo. Deberá evaluar la actitud clínica analizando algunos factores, para saber cuándo interferir o cuándo esperar para hacer el tratamiento.

Estos factores son:

- ¿Tiene el paciente más de 3 años de edad?
- ¿El hábito está causando antagonismos familiares?
- ¿Este hábito está aumentando de intensidad, frecuencia y duración?
- ¿El niño está condicionado por su edad y por su capacidad de discernimiento para entender el posible daño que puede causarse al persistir dicha costumbre?
- ¿El fenómeno se presenta en forma constante durante todo el día?

- ¿El niño ha manifestado espontáneamente su intención de eliminarlo?
- ¿Esto está causando una malaoclusión?
- ¿Este hábito está causando la formación de nuevos hábitos?
- ¿Están los padres dispuestos a utilizar medios ortodóncicos para detener el daño?
- ¿Esta costumbre está empeorando una mala relación esquelética ya existente.
- ¿Está el menor en buenas condiciones de salud general?
- ¿Tiene buenas condiciones de salud mental el paciente?

Si todos los factores anteriores tienen respuesta es indicado empezar el tratamiento, entre 5 ó 6 respuestas positivas es -- recomendable observar la evolución del hábito y tratar el problema por convencimiento oral. Entre 4 o menos respuestas positivas, es conveniente no tratar el problema y esperar la edad adecuada o tratar individualmente el factor que interfiere en nuestra decisión

Algunos niños reconocen los resultados, pero encuentran difícil lograrlos por sí mismos, es ahí donde entra la labor del Cirujano Dentista y sus métodos. Además de esa voluntad, debe tener la valentía de soportar el deseo de no volverlo a hacer.

I.- MÉTODOS PSICOLÓGICOS

En cualquier caso, el dentista puede prestar ayuda para mejorar la higiene mental de los padres y del niño. -- Esto lo realiza ayudando a sortear este obstáculo en el camino hacia la madurez y eliminando una fuente de conflictos entre el niño y los padres, evitando las malaoclusiones permanentes, con las consecuentes implicaciones desfavorables psicológicas y para la salud.

Como se mencionó en la historia clínica, que la carga que soporta el niño puede requerir laboriosa investiga-

ción de todo el campo de la conducta del niño.

Existen varias formas de orientar a un tratamiento, pero lo principal es hacer consciente de su problema, antes de iniciar cualquier tratamiento y éste - se puede lograr de muchas maneras.

Uno de los métodos mejor conocidos es quizá tomar - al niño como persona que es, la audiovisual, en el aspecto antiestético y en el aspecto de las lesiones que se produce.

El premiar y no castigar físicamente, ni ridiculizar, sino darle la oportunidad de comprender su problema - y mostrarle la manera en que puede resolverlo, es otro de los métodos de disuadir cualquier acción.

Desde que se presenta por primera vez al consultorio se debe demostrar la importancia y atención necesaria para hacerlo sentir que lo toman en cuenta y adquiera confianza en sí mismo.

Los diálogos que se tengan que entablar con ellos, debe ser con las palabras más sencillas posibles, pero dichas con aplomo y franqueza para que sienta la seguridad de lo que estamos haciendo.

Las tácticas amigables, paciencia y buena voluntad, - tampoco deben fallar con nuestro visitante.

En niños de 5 a 6 años o más, la asociación con un acto vergonzoso en la mente del niño contribuye a fortalecer su resolución en disuadir el hábito.

La ayuda afectuosa de los padres deberá sugerir actividades interesantes, ejercicios al aire libre, alentar

en los juegos con otros niños de edad semejante, la participación en las reuniones infantiles o cualquier actividad que haga que el niño salga de sí mismo y sienta que los demás lo quieren y lo necesitan. A la vez, es necesario que los padres jueguen con él a la hora de dormir, con el fin de que se relaje de la excitación del día. Estos juegos deben de hacer participar dedos o labios en caso de succión de éstos.

Es más halagador el estímulo en el tratamiento curativo que la reprobación en todos los casos. También se dice que la leche tibia y la música -- suave por la noche reduce el deseo de succión digital.

El hablar por teléfono al niño en tratamiento, por supuesto con conocimiento de los padres, hace muchas veces que se aleje de su problema, pues se siente importante y una persona mayor al momento de recibir la llamada. En niños mayores que sean accesibles a los consejos personales, se les debe apelar a la conciencia de ellos mismos y tocarles su amor propio, haciendo firmar una declaración al momento de prometer dejar el hábito.

El psiquiatra o el psicólogo entra en acción cuando el hábito va acompañado con un sueño inquieto o que el apetito se pierda o sea deficiente, quienes van a conseguir que tengan una relación más normal con niños de su edad y para ayudarles a ajustarse a la vida cotidiana normal de juegos y de trabajos.

1).- METODO PSICOLOGICO DEL DR. JORGE ISAAC

Este método es principalmente para aquel que se chupa

el dedo o el que se come las uñas. Después de poner en práctica todas las indicaciones para recibirlo, dar confianza, observar o escuchar en qué consiste la visita, poner las condiciones del estímulo - recompensa, el siguiente paso es:

En una hoja del tamaño y color que el niño escoja, ponga sin ayuda de nadie, la semana, su nombre, -- edad, y si es posible la fecha. Deberá encuadrarlo o dejar un espacio grande suficiente para colocar -- una estrellita debajo de cada día que no se chupe -- el dedo. Se hace saber que es un esfuerzo grande -- de parte de él, pero que será recompensado por algo que él quiera y que sus padres puedan complacer. Haciendo saber también que si se chupa el dedo algún día no ponga la estrellita, pues es factible que los primeros días eso suceda, pero que tenga el valor de no engañarnos y engañarse a sí mismo, y que el premio no sería ganado honradamente ni tendría la satisfacción de que él solo pudo controlarse.

Para facilitar al paciente recordar que no debe chuparse el dedo, se le recomienda que junte el dedo que se chupa con otro que no, por medio de una tela adhesiva. Se le enseña cómo ponérsela y cómo quitársela cuando quiera chuparse el dedo, pero que tome en cuenta que no debe hacerlo; hacerle saber que la tela se usa como recordatorio pero que en ningún momento como castigo, él solo se debe poner la tela.

A continuación se le da un sobre grande de papel manila en la que tendrá una etiqueta con su nombre y que dirá CONTROL DIGITAL. Se le dice que es solo para su uso personal, que si no lo quiere mostrar a sus padres, no puede hacerlo hasta la siguiente cita, esto es para darle individualidad que necesita.

Se le muestra el problema que él mismo se causó o se está causando.

Este tratamiento es de por lo menos tres visitas.

La segunda visita, pasa el niño solo. Se revisan las estrellitas y aunque falten se felicita al niño por su esfuerzo logrado y preguntamos a qué se debió la ausencia de algunas.

A continuación le damos un espejo y le mostramos las deformaciones que se ha provocado.

Le preguntamos la relación en su casa y en la escuela.

Si es necesario después de la cita se llama a los padres para orientarlos en la cooperación siguiente:

Se pueden tomar modelos o fotografías sólo si él lo admite, y se promete tenerlos listos la próxima cita. Se le da una nueva hoja de control.

En la tercera cita o sea dos semanas después de la tercera cita, el paciente viene con su hoja llena de estrellas y gran sonrisa.

Le mostramos el modelo y le regalamos uno.

Si faltan estrellas debe de interesarnos por qué.

En caso de hábito de deglución se le enseña a deglutir bien. Cuando llegue con todas las estrellas, le miramos a los ojos y se le pregunta si en verdad fueron ganadas honradamente, siendo así, se le pregunta

si quiere que le digamos a sus padres que ya pueden recompensarlo, por el esfuerzo realizado, si es así, llamamos a los padres.

Los niños que ponen dibujos, corazones, demuestran su felicidad. Con este método se les da responsabilidad e individualidad y un pequeño premio por su esfuerzo.

II.- MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCAL

Son una serie de métodos encaminados al igual que los siguientes, a tratar de eliminar la acción de los patrones de conducta, con la diferencia de que estos -- métodos tratan de no lesionar el aspecto psicológico proyectando como castigo, el actuar un aparato dentro de la boca.

Estos métodos consisten en una serie de procesos que van desde untar sustancias hasta métodos muy complejos, y aunque aparentemente sencillos, el dentista es el único indicado para el manejo de los mismos. Existen un sin número de casos que tienden a persuadir al niño entre los cuáles se encuentran:

Colocar yeso en la mano, aparatos especiales, diseñados por casas dentales, amarrar las manos, aditamentos metálicos que cubren el dedo, guantes de piel gruesa, tubos de cartón que no dejan que puedan doblar el codo, cintas que atan el brazo, protectores de alambre de varios diseños, guantes radiales, guantes con el dedo que se chupa de aluminio, aconsejar al niño que repita el hábito durante 10 minutos frente al espejo, quitándolo del juego, escribir muchas veces que no debe practicar el hábito, mitones de malla con alambre plateado,

calcetín en la mano. Estos son los remedios más rudimentarios que se pueden hacer, existiendo -- otros que en la práctica médica han dado resultados satisfactorios.

En niños pequeños se puede utilizar una especie de camisa de dormir con la cuál, no puedenser -- llevadas las manos a la boca, se sugiere que la madre coloque depresores linguales de madera en bolsillos cosidos a la manga de la camisa de dormir - de niño, teniendo cuidado que el puño de la camisa sea lo bastante estrecho para que no se deslice hacia el codo.

La doctora Mande Spence Holway, propone confirmando su resultado, hacer mitones de una tela gruesa como de cortina que se usa durante la noche, se ve que a los niños les desagrada la irritación que les produce la ruda malla de la cortina.

Como prevención y para niños pequeños es recomendable preparar pequeñas bolsitas de trapos sobre los cuáles se cosen grandes botones y se fijan estas - bolsas a la manga del camión. Se distraen de su hábito al jugar con estas bolsitas.

Para controlar ciertos hábitos como el succionar labio, succionar o interposición de lengua, así como hipotonicidad de labios, es recomendable como prevención y como terapéutica, el tocar un instrumento musical, aquí de distraerse mentalmente, se están ocupando constantemente los dedos, la boca y los labios.

Actualmente, la S.E.P., ha considerado estos detalles y en algunas escuelas de gobierno, se están impartiendo la enseñanza obligatoria de un instrumento, tanto

en primarias como en secundarias.

Así, las lecciones de piano o de algún instrumento musical dan algo que hacer a los dedos inquietos - y persuadir al niño que es necesario conservar en buen estado la punta de los dedos, en caso de comer se las uñas.

En instrumentos de viento como la flauta, trompeta, trombón, oboe, fagot, etc., se obtienen los mismos resultados. En una protrusión muy pronunciada es conveniente los instrumentos de una lengüeta como el clarinete o el saxofón, pueden retardar la reducción de la protrusión debido a la posición de la embocadura del instrumento que se mantiene entre los dientes, la lengüeta en el labio inferior haciendo presión --- contra los dientes inferiores y los dientes superiores se apoyan contra la superficie de la embocadura, por lo que los labios hacen presión sobre ellos. Este instrumento también sirve en caso de respiradores bucales.

También en caso de succión de labio, es conveniente la aplicación de pomada labial, se pone en los labios para recordar a la paciente que no debe morderse el labio ya que el humedecimiento del labio agrietado en tiempo de frío suele iniciar este hábito, la pomada o el lápiz labial sirve para curar las grietas.

En el caso de onicofagia, el barniz para las uñas es muy útil. Isaacs ha estudiado el empleo de aceite de oliva aplicado a las uñas. Su efecto físico es un factor muy importante, pues hace que las uñas sean blandas y lisas, sin bordes desgarrados que muchas veces es por lo que tratan de morderlas.

Todos estos métodos y tácticas se basan en la acepta-

ción del niño cuando éste razona.

Para evitar las deformaciones por mala postura al dormir, Jess A. Linn, ha ideado una gafa con la que se ayuda al niño a aprender a dormir. Es una cinta ancha de tela para toalla que tiene dos lazos en -- sus extremos para sujetar los brazos del paciente. Esto permite que el niño tome la posición sobre el vientre. Esta gafa debe hacerse al tamaño del niño, cada lazo tiene una unión hacia el centro y otra hacia el exterior de la banda, estas uniones sobre - los omóplatos que evitan que los lazos corran durante el sueño. El tiempo que aprende a dormir el niño varía de acuerdo a la cooperación.

1).- METODO DEL DR. NORBERTO GARCES G.

Se le da una cita en la que debe llevar el paciente, venda elástica de 7 cm. de ancho ppr 5 mts. de largo, un rollo de tela adhesiva de uso quirúrgico, de una pulgada de ancho por un metro, y un rollo de cinta de celulosa adhesiva.

En este método entra al ámbito de la psicología, pero es el método extroral como se va aplicando ésta. Con la cinta de celuloide se cubre el dedo o los dedos que se mama el paciente, sobre ésta se le pone otra capa de tela adhesiva y sobre ésta se venda hasta la parte inferior del deltoides y la muñeca, teniendo cuidado de reforzar en el codo.

La primera capa es para evitar la lesión dérmica, la segunda es para evitar que se desprenda fácilmente y la tercera o sea la venda, es para cortar la circulación en el momento de doblar el codo para chupar el - dedo, sirviendo como recordatorio.

En el adulto y en los adolescentes no es necesario el encintado de los dedos, pues ellos ya están conscientes y solamente el vendaje del brazo le sirve como recordatorio.

En los niños se da vida al tratamiento inventando cualidades mágicas, como el supuesto guardián que quedará dentro del vendaje del dedo, es aconsejable pintar una cara enojada en la tela adhesiva para -- dar mayor énfasis, dándole el nombre de "el vigilante chupadedos", se le explica al niño que el guardián se quedará adentro porque está enfermo, y al vendarle se le dirá que como está enfermo habrá que vendarlo.

Así, al momento de querer chupar el dedo, la venda elástica corta la circulación sanguínea automáticamente y siente hormigueo en el dedo, lo cuál confirma lo del vigilante y el guardián, al extender el brazo recupera la circulación y desaparece.

Después se le dirá que el papá lo vigilará y que se le pondrá una nota mala y una estrellita si no se lo chupa, hasta que finalmente ya no se lo chupará, en contrando un regalo como recompensa en el lugar indicado especialmente para guardar los materiales necesarios para su vendaje.

Estos ejercicios son recomendables en aquellos pacientes que respiran por la boca, (hipotónicos), los músculos de la masticación son flojos y les falta fuerza y tono. Estos ejercicios son para cuando los dientes tienen una oclusión correcta, siendo el único problema los tejidos blandos.

El ejercicio es como sigue: Se pone el dedo índice sobre el masetero, cerca del ángulo de la mandíbula. Se juntan los dientes, luego se contraen y se aflojan el grupo de músculos masetero y temporal, asegurándose de que la mandíbula permanezca inmóvil.

Mantenga los dientes de los músculos contraídos hasta - contar mentalmente diez, aumentando gradualmente día -- con día hasta llegar a 20. El esfuerzo muscular no debe ser excesivo. Todo este ejercicio se realiza tres veces al día.

Con este ejercicio se fortalecerán los músculos de la - masticación y estimulará el buen funcionamiento de las estructuras óseas.

EJERCICIOS DEL PTERIGOIDEO.

Está indicado en niños cuyos músculos de la boca son - débiles y flojos que tienen un desplazamiento distal de la mandíbula. Cuando hay un punto de interferencia al llevar a protrusión la mandíbula, está indicado el uso simultáneo de aparatología.

Se lleva la mandíbula hacia adelante, lo máximo que se pueda, después se retrae lentamente hasta tomar la relación normal. Se aprietan los dientes, se contraen y aflojan los músculos masetero y temporal, contando lentamente hasta diez.

CAPITULO SEPTIMO.

EJERCICIOS MUSCULARES REHABILITADORES

Son todos aquellos ejercicios de los músculos bucales y peribucuales, que pueden favorecer el tratamiento ortodóncico, correcciona las anomalías de los tejidos blandos para restituir su forma, funciones normales, y en algunas ocasiones, pueden ayudar en grado menor en el tratamiento de las anomalías de los dientes.

Con estos ejercicios se logra una función normal de los tejidos blandos y el restablecimiento de equilibrio bucal así como la eliminación de los factores causales de anomalías, convirtiendo un hábito vicioso en otro útil.

Rogers, es quien dió la importancia a estos ejercicios manifestando que cada músculo tiene función propia para el desarrollo de la estructura de la dentadura, así, al reforzar los músculos, se activa el desarrollo de los maxilares.

Muchas veces con solo la práctica de estos movimientos musculares, se logra corregir las anomalías producidas por el hábito, o el hábito mismo, pero si no se eliminase, se procede a colocar aparatos.

Todos los ejercicios de este tipo, tienen algo en común, que para su ejecución se necesita la cooperación total del paciente.

1.- VARIEDAD DE EJERCICIOS MUSCULARES REHABILITADORES.

EJERCICIOS DEL MASETERO Y DEL TEMPORAL.

Se deja descansar la mandíbula y se repite. La duración de esta mioterapia se ejecuta hasta que se ha fijado el hábito fisiológico normal en relación con la posición de la mandíbula.

EJERCICIO DE WILSON PARA LOS MUSCULOS FACIALES

Estos ejercicios practicados de 10 a 100 veces según el caso y la capacidad del paciente, fortalece el orbicular de los labios y los músculos asociados de la boca y los carrillos. También mantendrá en reposo los músculos ya desarrollados y estimulará al desarrollo de los músculos atrofiados. Se llevan a oclusión los molares, conservando esa posición, se contraen los músculos de un lado de la cara y en esa posición se llevan con la mano, los músculos del otro lado de la cara.

EJERCICIOS DE ROGERS PARA EL ORBICULAR DE LOS LABIOS

Este ejercicio se hace con ejercitador en forma de "X" y que él mismo diseñó, consiste en un mango con dos vástagos que se agarran y en los dos extremos se colocan unas gomas que tratan de abrir los extremos opuestos, esto los tendrá el niño entre los labios y con éstos -- tratará de contrarrestar las fuerzas que ejercen las gomas.

Los ejercicios de contracción van aumentando día a día hasta que llegan a cincuenta o sesenta.

Para el caso anterior, también se utiliza el activador de labios de Dass. Este se hace con un alambre doblado de 0.9 mm. de espesor y 4 cm. de largo, con una tensión a más o menos 30 grs., se coloca entre el labio superior e inferior, y se indica hacer pequeños movimientos de cierre y apertura. Esto obliga a la musculatura bucal

y mímica a una actividad forzada.

Para la hipotonicidad del orbicular, se coloca en un dedo de cada mano en la comisura bucal haciendo que se separen lateralmente los labios y obligar que éstos se cierren en medio.

Cuando hay hipotonicidad del labio superior se coloca un objeto, que puede ser el disco de Friel, éste es un disco metálico, con un vástago y que se sujeta entre los labios sin que intervengan los dientes. Estos ejercicios deben ser diarios por lo menos 15 minutos, así, se consigue una mayor tonicidad del labio superior. Puede ir alternado con el tratamiento ortodóntico cuando éste ya está adelantado.

Otro de los ejercicios para la hipotonicidad y flacidez del labio superior, es pedir al niño que extienda el labio lo más que pueda manteniendo el borde berbellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Se realiza de 15 a 20 minutos diarios, durante 4 ó 5 meses, cuando el niño presente el labio superior corto.

EJERCICIO DE LA LENGUA.

Este ejercicio corrige el hábito de lengua. Consiste en hacer que el paciente degluta correctamente con un cuarto o tres cuartos de dulce salvavida, colocando en la punta de la lengua y detrás de los incisivos maxilares, el cuál la punta de la lengua tendrá que sostenerlo, se hará deglutir al paciente. También se insistirá al paciente hacerlo durante las comidas.

Otro ejercicio consiste en colocar la punta de la lengua en el paladar, por detrás de los incisivos superiores. Esto se logra colocando un anillo de goma para -

que el niño lo busque, con la punta de la lengua hasta que inconscientemente se acostumbre a ponerla en su lugar. Con ésto se logra quitar el factor etiológico.

EJERCICIO PASIVO DE STRANG PARA LA DEGLUSION

Es uno de los más útiles e importantes, logrando hacer los pasos, el paciente lo irá haciendo entre sus alimentos y en ratos de ocio, por lo cuál se deberá enseñar detalladamente y con calma.

Tiene como fin, enseñar a deglutir correctamente o sea uniformemente y sin contracciones pervertidas.

Con un vaso de agua y un espejo en la mano, se empieza así: se toma un sorbo de agua lo suficientemente para humedecer la boca, se juntan los dientes, se cierran los labios suavemente y se traga.

Durante el ejercicio se debe observar que los dientes se mantengan unidos, los labios permanezcan inmóviles y mantener la lengua en la boca sin hacer presión contra los dientes anteriores.

Cada vez que se dificulte hacerlo se toma un sorbo de agua.

Este ejercicio se practica durante dos minutos, por lo menos tres veces al día, hasta llegar a 3 minutos.

Si se dificulta mantener todos los pasos, se intenta hacer y dominar uno, luego otro, hasta llegar a dominar el movimiento de la lengua.

EJERCICIO TONICO GENERAL DE ROGERS.

Se toma un sorbo grande de agua con bicarbonato de sodio o sal, manteniendo los dientes firmemente -- en oclusión, se trata de sacar agua por entre los dientes de la cavidad lingual al vestíbulo, ésto se hace hasta fatigar los músculos, se repite de 5 a 6 veces por la mañana y por la noche.

Sirve para promover un flujo más copioso de sangre a los tejidos que rodean a los dientes y a los músculos de la cara.

Hay otros ejercicios que consisten en la proyección del maxilar inferior hacia adelante, levantando al mismo tiempo la cabeza, desarrollando los músculos mandibulares.

En el caso de una mordida cruzada, además de desgastar cúspides, se hace morder al niño el cepillo de dientes o sobre una espátula de madera mantenida oblicuamente.

Existe un ejercicio muscular para controlar el hábito de succión digital, consiste en: pasar la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios de 5 a 10 minutos antes de acostarse, proporciona suficiente satisfacción y relajamiento, disminuye la necesidad de chuparse los dedos en el momento de acostarse.

CAPITULO OCTAVO

APARATOLOGIA FIJA Y REMOVIBLE

La colocación de aparatos en la boca, es otro medio por el -
cuál nos valemos para poder eliminar una costumbre pervertida
pero esta colocación, no debe hacerse sin antes tener en cuen-
ta muchos factores, pues sin antes preparar al paciente, son
tomados como instrumentos de castigo, produciendo a su vez, -
trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que
cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. Otras
veces, en su mayoría, los aparatos sirven para añadir un com-
plejo de culpabilidad al hábito original.

Por lo cuál, es necesario informar a los padres que el aparato
no es una medida restrictiva, sino que su función es el endere-
zar los dientes, mejorar la apariencia y para masticar bien, -
siendo ellos quienes más influyen en el niño.

Estando el niño ya consciente de los efectos de su hábito, y a
la vez consciente de la ayuda de un aparato, sirviendo entonces
como recordatorio, se deberá elegir, el tipo más apropiado -fijo
o removible-, tomando en cuenta el hábito mismo, la edad del ni-
ño y su dentadura.

1.- FUNCIONES DEL APARATO INTRABUCAL

Primero: Hace que el niño pierda el sentido de cualquier
hábito, con el aparato, algunas ocasiones logra seguir ha-
ciendo lo mismo de antes o no, pero si lo sigue haciendo,
no encontrará la misma satisfacción al lograrlo realizar.

Segundo: Evita que haya deformaciones o desplazamientos al interferir el aparato, ya sea con el dedo, la lengua, etc.

Además de que obliga a los tejidos y órganos a tomar su posición original.

Tercero: Y ante todo sirve como recordatorio.

Los factores que antes hablé, son:

- 1).- Comprensión del niño. ¿Comprende el niño la necesidad de utilizar el aparato? ¿Quiere el niño que lo ayuden?.
- 2).- Cooperación paterna. ¿Comprenden ambos lo que está tratando de hacer y han prometido colaboración total?.
- 3).- Relación amistosa. ¿Se ha establecido una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente del niño exista una situación de recompensa, en lugar de una sensación de castigo?.
- 4).- Definición de la meta. ¿Se ha establecido una meta de tiempo y un premio material que el niño trata de alcanzar?.
- 5).- Madurez. ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento que puede producir ansiedades a corto plazo?.

Sin estos factores lo único que nos queda es preparar al niño y a los padres para la aceptación del aparato, logrando con ésto un resultado satisfactorio.

Algunos autores opinan que la edad ideal para la colocación de un aparato es de los tres años y medio a los cuatro y medio años.

1).- UN APARATO FIJO O UN REMOVIBLE?

Los niños menores de seis años, se recomienda poner un aparato fijo, pues los removibles no son bien -- aceptados por la inmadurez del niño.

Cuando los dientes están en proceso de erupción no puede colocarse un aparato removible si éste va apoyado en ellos.

Pero un instrumento fijo puede causar la sensación de castigo siempre, mientras que un removible lo puede llevar solo en periodos críticos, como en la noche.

La desventaja de un aparato removible es que el niño lleva el instrumento solo cuando él lo desea.

2).- DIVERSIDAD DE APARATOS INTRABUCALES

INSTRUMENTO BUCAL TRAMPA PUNZON

Es un instrumento que se utiliza como recordatorio, al tratar de eliminar los hábitos de succión digital, interposición de la lengua, la succión de labio, entre otros.

Esta trampa puede ir acompañada por un arco de Hawley o un arco lingual. Este aparato se puede adaptar como instrumento fijo o removible, agregando unas púas a manera de púas afiladas, cuyo fin principal es romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior, al igual que distribuir la presión de las fuerzas posteriores, como recordatorio y hacer que el hábito se vuelva desagradable.

TRAMPA DE RASTRILLO.

Puede ser fija o removible. Este aparato más que como recordatorio sirve como castigo, es igual que el anterior pero con púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o del retenedor de acrílico a la bóveda palatina. Las púas -- impiden la succión del pulgar, detienen el hábito del empuje lingual y en la deglución defectuosa.

Para la costumbre de succionar el labio es recomendable, tocar instrumentos musicales, al igual que para evitar respiraciones por la boca o en la onicofagia.

Para evitar la interposición de la lengua entre los incisivos o el hábito de morder la lengua, se coloca un aparato con bandas o coronas restaurativas, con una pequeña barra que impida la interposición de la lengua. También se utiliza como rejilla incorporada sobre el arco lingual. La cuál se coloca contra la lengua impidiendo que haga presión sobre los incisivos.

Las rejillas sirven para evitar la succión del pulgar.

Para evitar la succión labial inferior, se coloca un aparato a manera de arco vestibular inferior, con -- acrílico por vestibular, que éste impida que el labio tenga posibilidad de alcanzar la posición de quedar entre los dientes anteriores, superiores y los dientes anteriores inferiores.



Los aparatos de Balters, tienen la finalidad de excluir los factores que impiden el crecimiento y así conducen a la autocuración.

Es un aparato que consiste en un activador de Robin, -- con una vara lingual que aumenta la firmeza del aparato, una barra vestibular que amortiguan las presiones del carrillo. Puede utilizarse a todas horas excepto en las comidas.

Pantalla oral o vestibular.

Este aparato tiene el objeto de evitar la respiración bucal, cuando es un hábito, o cuando se haya eliminado la causa y no ha cedido la respiración por la boca.

Este es de acrílico transparente, se adosa a la parte vestibular de los dientes, con el objeto de que el niño se acostumbre a respirar por las fosas nasales. Al mismo tiempo sirve de aparato correctivo de pequeñas anomalías.

Si al principio se dificulta la respiración con el escudo, es conveniente hacer un agujero en la pantalla, luego vadi disminuyendo de tamaño hasta que finalmente se tapa.

Este aparato es activado por las fuerzas musculares. Actúan en forma activa ortopédica.

Existen tres variantes:

Escudo vestibular propiamente dicho. Está hecho de una delgada capa de material plástico, va por el vestíbulo desde el último molar de un lado al último molar del otro lado y a todas partes llega hasta el repliegue de la mucosa terminando en un rodete. En ninguna parte el escudo debe tocar los dientes. Este aparato también se utiliza en hábitos de succión, movimientos de deglución atípicos y sus consecuencias.

Medio escudo vestibular: Este abarca la parte vestibulobucal, únicamente en la región de maxilar inferior, llegando al tercio incisal de los dientes inferiores, no tocando las caras palatinas de los superiores. Su tarea es impedir que el labio inferior penetre debajo y detrás de los incisivos superiores y toque eventualmente la punta de la lengua. Se usa en casos de mordida o succión de labios.

Escudo linguo vestibular: Es una placa palatina sin ganchos bien adaptada, a éstos se le añade un apéndice vertical de material plástico o alambre que sale libremente a la cavidad bucal. Va a controlar hábitos linguales y movimientos de deglución anormales.

El aparato de Krauss: Se parece a las placas vestibulares pero con una parte activa. Son aparatos de inhibición que frenan el curso de los procesos.

En caso de bruxismo, se construye una férula de caucho --blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. Esta no forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

CONCLUSIONES:

El hecho de investigación sobre este tema, adquiere suficiente importancia en este año dedicado al niño.

- 1.- De acuerdo al amplio concepto de salud dentro del ámbito odontológico, la Organización Mundial de la Salud, instituye que el dentista está obligado a comprender al niño desde diferentes puntos de vista, siendo en lo físico, en lo emocional, psíquico y en lo social.
- 2.- A un niño desde que nace se le conceden una serie de derechos, pero también sufre una serie de agresiones y -- como respuesta a éstas actúa de diferentes maneras, siendo la adquisición de costumbres pervertidas, en este caso.

La primera agresión a sus derechos, después de haber nacido, es el negarle la leche materna. Actualmente la -- moda, el trabajo y el temor a la deformación, son la -- causa de que un niño quede privado de uno de los alimentos más necesitados en los primeros días de su vida. Este alimento si no se adquiere desde que nace, nunca -- más podrá adquirirse, pues la naturaleza es la que debe alimentarlo.

- 3.- La madre que no da pecho a un niño, pero que le satisface con los demás factores como el contacto con la piel -- materna, estimulación, mimos y caricias a la hora de comer, también desempeña el papel de buena madre.
- 4.- Cualquier hábito puede considerarse bueno o malo a la -- vez, el dentista es el indicado para valorarlo, tomando en cuenta la duración, frecuencia e intensidad.

Con estos factores se podrá decidir, cuál es el momento adecuado para la eliminación, el tratamiento psicológico o la eliminación de un recordatorio y el momento del mismo.

Investigando al mismo tiempo, los daños que puede provocar, si es que existen factores que conducen al desarrollo de este hábito y qué medidas -- tomar para manejar la situación en forma adecuada.

- 5.- 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, la experiencia clínica e inclinación fisiológica del dentista.
- 6.- Los hábitos útiles incluyen los de las funciones -- normales; los dañinos son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes, arcadas -- dentarias y tejidos adyacentes.
- 7.- Considerando al hábito como un patrón mental inconsciente, o sea, que a cada repetición se hace más inconsciente, es razonable el uso de un dispositivo correctivo, que recuerde el acto a la mente consciente y moleste la norma nociva, igual que frustrando a -- cada intento en lugar de intermitentemente. Este correctivo hace de un hábito posible, un hábito imposible o ineficaz, logrando al mismo tiempo apelar al -- propio yo o al propio orgullo del niño.

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

LIBROS CONSULTADOS

A. S. NEILL

SUMMERHILL

TR. FLORENTINO M. TORNER
FONDO DE CULTURA ECONOMICA
MEXICO, 1970.

BRAUNER JOHN CHARLES

ODONTOLOGIA PARA NIROS

TR. POR SAMUEL LEYT
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, 1977

FUENTES MUÑIZ RAMON DE LA

PSICOLOGIA MEDICA

EDITORIAL FONDO DE CULTURA
ECONOMICA.
MEXICO, 1971

GRABER TOURO M.

ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

3A. EDICION. MEXICO
INTERAMERICANA, 1974

HARNDT EWALD Y H. WEYERS

ODONTOLOGIA INFANTIL

TR. POR BERNARDO SCHWARCZ Y
HORACIO MARTINEZ
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, 1969

HOLT

PEDIATRIA

MACINTOSH

TR. FERNANDO LOPEZ BELLO
2A. EDICION UTEHA
MEXICO, 1965

BARNETT

HORGERBOON FLOIDE EDDY

ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE ODONTOLÓGICA.

UTEHA, MEXICO, 1958

HOTZ RUDOLF

ORTODONCIA EN LA PRACTICA
DIARIA.

EDITORIAL MEXICO CIENTIFICO
2A. EDICION, MEXICO, 1974

MAYORAL J. Y MAYORAL G.

ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDA
MENTALES Y PRACTICA.

EDITORIAL LABOR, S. A.
BARCELONA, 1977.

MELVIN LEWIS

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL
NIÑO.

INTERAMERICANA
MEXICO, 1973

MOYERS ROBERT E.

TRATADO DE ORTODONCIA

INTERAMERICANA
MEXICO, 1960

NELSON E. W.

TRATADO DE PEDIATRIA

EDITORIAL SALVAT
2A. EDICION, MEXICO, 1976

NORTEAMERICA, CLINICAS
ODONTOLOGICAS.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

TRATADO DE PEDIATRIA
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO, 1973

PORTEULER

TRATADO DE ODONTOLOGIA

EDITORIAL LABOR, S. A.
BARCELONA., 1975

RAMFJORD - SIGURD

OCCLUSION

INTERAMERICANA
MEXICO, 1972

ROSS FRANKLIN, IRA

OCCLUSION CONCEPTOS PARA EL CLINICO

TR. MARINA GONZALEZ DE GRANDI
EDITORIAL MUNDI, S. A.
MEXICO, 1976.

SIDNEY B. FINN

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

TR. CARMEN SECA
INTERAMERICANA
MEXICO, 1976

SIM, JOSEPH

ODONTOLOGIA INFANTIL

EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, 1973

SOSA CASTELLANOS, JOSUE

SINTESIS DE PSICOLOGIA GENERAL

EDITORIAL TRILLAS, S. A.
MEXICO, 1970.

STRANG ROBERT

TRATADO DE ORTODONCIA

PHILADELPHIA LEA
1973.

PEINADO ALTABLE JOSE

PSICOLOGIA CLINICA

PORRUA, MEXICO, 1978.

REVISTAS CONSULTADAS

VOL. XXIX NUM. 2

REVISTA ODONTOLOGICA DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

MARZO-ABRIL, 1972.

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

DR. SAUL ROTBERG.

VOL. XXIX NUM. 5

REVISTA ODONTOLOGIA DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

SEPTIEMBRE - OCTUBRE, 1973

"COMO AYUDAR AL CHUPADEDOS A CONTROLARSE"

DR. JORGE FASTLICHT.

VOL. XXX NUM. 2

REVISTA ODONTOLOGICA DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

MARZO, 1973

"FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA ODONTOLOGIA INFANTIL".

DR. PABLO FUENTES SERVIN.

VOL. XXXIII

REVISTA ODONTOLOGICA DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

AGOSTO 4, 1976

"TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO MENOR DE 3 AÑOS".

DR. SAUL ROBERG.

VOL. V NUM. 12

REVISTA ODONTOLOGO MODERNO

JUNIO - JULIO, 1977

"ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA ODONTOLOGIA CLINICA"

DR. NORBERTO GARCES.

VOL. V NUM. 12

REVISTA ODONTOLOGO MODERNO

JUNIO - JULIO, 1977

"PROGRAMA DE EDUCACION EN SALUD BUCAL"

VOL. V NUM. 12

REVISTA ODONTOLOGO MODERNO

JUNIO - JULIO, 1977

"UN ASPECTO DE PREVENCIÓN"

DR. ALFONSO PRETELIN ALVAREZ

VOL. VI NUM. 5

REVISTA ODONTOLOGO MODERNO

ABRIL - MAYO, 1978

"CURSO DE ODONTOPEDIATRIA"

- REVISTA ODONTOLOGICA DE LA ASOCIACION DENTAL MEXICANA

1974

"EL HABITO DEL CHUPADEDOS"

C.D. NORBERTO GARCES GOMEZ