

80
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE EXISTEN
EN NIÑOS CON HÁBITOS BUCALES

T E S I S

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista
presenta:

AMALIA CARLOTA CASTILLO

Asesor:

C.D. ALEJANDRO MARTÍNEZ SALINAS



Ciudad Universitaria, 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTORES PSICOLOGICOS QUE EXISTEN EN NIÑOS
CON HABITOS BUCALES.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios le doy las gracias por
que me ha ayudado poniendo
gente extraordinaria a mi
alrededor.

A mis padres que de no ser por
ellos yo no estaría aquí.

Ma. de Lourdes Castillo de G.
Arturo Gómez Villanueva.

A mis hermanos a los cuales espero
estar proporcionando un camino
a seguir.
Ernesto y Ma. Engracia.

A esas dos personas tan importantes
en mi vida ya que por ellas yo
estoy en este camino y por lo
cual les estare agradecida toda
mi vida.

Vicente Aguilera

Ma. Engracia Gómez de A.

A mis amigos: Ericka, Erendira
y Marcelo.

A mis hermanas por que de no ser por ellas que me han apoyado tanto , en los momentos difíciles yo no habría podido superar muchas cosas .

Gracias por estar siempre ahí cuando más las necesite les estare en deuda toda mi vida.

Las quiero mucho.

M:V.Z, Delia Martínez Palacios.

Psico.: Verónica Guzmán Méndez.

A la profesora Hemelinda García E.
por ayudarme a tener un enfoque positivo de la vida.

Al Dr. Ricardo Alfaro por apoyarme en todo y estar siempre dispuesto a dar lo mejor de él por las personas.

Gracias por darme el ejemplo de luchar por lo que uno quiere.

A la C. D. María de Lourdes Madrazo por su apoyo y consejos, los cuales me han servido mucho y no solamente en la profesión sino en la vida misma.

A la C. D. Miriam Valverde por estar dispuesta a brindar su apoyo y amistad sin pedir nada a cambio.

A mi amigo el C. P. Manuel Jimenez
por brindarme su amistad y ayudarme
en todo lo que le he pedido sin ningún
inconveniente.

A mi amigo Ruben Díaz por haber
depositado en mi su confianza
y cariño. Gracias por tu amistad.

A la Sra. Elena Hernández por su confianza
y apoyo que me ha hecho sentir en todo
momento. Gracias por haberme brindado
muy buenos momentos.

A la Sra. Amparo Alfaro por ser mi
amiga y estar dispuesta a
desempeñar el papel de mi madre
cuando ha sido necesario.

Al C. D. Alfonso Peñaflo por su preocupación y apoyo para hacerme
la vida más fácil. Ya que es muy difícil conocer gente con la
nobleza que tu posees. Gracias por compartir conmigo
todos esos momentos .

TE QUIERO.

Al C. D. Alejandro Martínez por ser amigo y profesor al mismo tiempo, proporcionándonos sus con un enfoque muy interesante sacándonos de encima de los libros para pensar y analizar. Con esto nos proporciona la mejor enseñanza que es la de salir de un grupo que sigue siempre el mismo camino sin ver que ha cambiado algo alla afuera.

A la C. D. Irma Celis por brindamos su amistad desinteresadamente y siempre estar dispuesta a enseñar para que nos formamos un amplio criterio de la profesión.

Al honorable jurado.

INDICE

ANTECEDENTES	1
INTRODUCCION.....	4
ETIOLOGIA	8
CLASIFICACION DE LOS HABITOS.	15
SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS	17
SUCCION DEL LABIO	21
BRUXISMO	24
ROERSE LAS UÑAS (ONICOFAGIA).	26
EMPUJE LINGUAL.	28

RESPIRACION BUCAL.	32
TRATAMIENTO PSICOLOGICO	36
CONCLUSIONES.	42
BIBLIOGRAFIA.	45

ANTECEDENTES:

Sigmund Freud (50) La aparición de los dientes para Freud esta marcada con la inevitable separación entre el placer de succión y la función alimenticia de autoconservación y coincide con el surgimiento de impulsos sádicos durante la fase oral (28,31).

Arminda Aberastury explica la múltiple simbólica de las piezas dentarias por el hecho de aparecer el primer diente en la segunda mitad del primer año y de coexistir dicha aparición tanto con el desprendimiento del pecho materno como con la aparición de tendencias genitales cuyo significado es el intento de recuperar el vinculo perdido con la madre.

Francoise Dolto El placer de la succión independientemente de las necesidades alimenticias es un placer autoerótico.

El niño ama, al igual que a si mismo todo lo que se le mete en la boca (el pezón, chupón o biberón) y, por extensión la nodriza o la madre siempre ligadas necesariamente al placer de mamar y a las que se identifica en consecuencia, si un destete brusco priva al niño del seno materno sin que haya desplazado todavía su catexis o interés libidinal sobre otros objetos, arriesga quedar ligado a una modalidad oral pasiva, tal como les sucede a los que chupan el dedo hasta muy tardíamente. (23,24).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante que como Cirujanos Dentistas manejemos el tratamiento psicológico y clínico que se debe llevar a cabo cuando se presenta en el consultorio un paciente con algún hábito bucal, ya que el problema no se soluciona con la colocación de un aparato solamente sino que se requiere también un tratamiento psicológico tanto de los padres como de el dentista.

JUSTIFICACIÓN

Con este trabajo se pretende aportar el conocimiento con respecto al tratamiento psicológico y clínico que se debe llevar a cabo a los pacientes con hábitos bucales.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer las teorías psicológicas con respecto al comportamiento de los niños para determinar el tipo de tratamiento necesario tanto clínico como psicológico enfocado principalmente a los hábitos mas comunes como succión de lengua, dedo, labio, chupón y mejillas así como los hábitos de morder (uñas o bruxismo).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Etiología de los hábitos bucales.
- Clasificación de los hábitos bucales.
- Tratamiento clínico aplicado a los niños con el hábito.
- Tratamiento psicológico (sugerencias para terapia a niños con
- Conclusiones.

MATERIAL

- Revisión bibliográfica.
- Protocolo.
- Puesta en marcha.

INTRODUCCIÓN

En odontología la rama de la odontopediatría es relativamente joven pues anteriormente el dentista solo se preocupaba por la reparación de las piezas dentarias sin llevar el manejo psicológico del infante, aspecto de gran trascendencia por que de ahí se desprende la actitud positiva o negativa que a futuro tendrá frente a las subsecuentes visitas al dentista.

Es muy importante la conducción que los padres le proporcionen ya que de no hacerlo bien se pueden desprender problemas dentales posteriormente por malos hábitos que el infante tendrá por falta de atención, destete temprano, colocación del chupón para mantenerlo sin llorar etc.

Para empezar la vida fuera del vientre materno el primer contacto que tiene el niño con el medio externo es a través del amamantamiento, ya que además de que represente la principal forma de subsistencia que le proporcionan las defensas biológicas que lo ayudarán a establecer el equilibrio es un aspecto de gran relevancia y a nivel emocional, pues comprende su principal muestra de cariño ya que asocia el placer de estar abrazado a su madre con el hecho de tomar el pezón para sustraer leche.

PRINCIPIO DEL PLACER

El cual explica la tendencia que tiene el aparato mental a mantener la cantidad de excitación experimentada a un nivel tan bajo o tan constante como sea posible.

La percepción de un estado de excitación (estimulo) de lugar a una conducta que permite reducir la excitación, disminuir la sensación de desagrado que produce y buscar su satisfacción.

Cuando el aparato psíquico funciona de acuerdo a este principio, tiende a asegurar una satisfacción inmediata de sus necesidades y de sus pulsiones instintivas.

Así mismo, hace mención de algunos estadios por los que pasa a medida que va creciendo.

El primero es el estadio oral y del único del que hablaremos. Este se produce al momento del nacimiento, cuando se separa al niño del cordón umbilical, se pone fin a la situación de parasitismo materno en que vivía. Esta separación biológica de la fuente vital de que dependía desde el punto de vista metabólico, instaura una nueva relación que obliga al niño al seno materno, organiza alrededor de la función alimenticia el primer estadio de la vida afectiva.

La alimentación debe colmar desde que se instaura una doble función, la nutritiva que responde a una necesidad fisiológica-energética y la emocional que proporciona el alivio al estado de tensión ocasionado por la necesidad de calor y satisfacción.

El estadio oral corresponde al primer año de la infancia y habitualmente, termina con el destete. Se ha subdividido en dos fases secundarias, cuya descripción hizo Abraham (1924).

La primera fase, llamada preambulante la cual se vincula exclusivamente a la succión. Corresponde a la incorporación fantástica de un objeto pero sin que dicha incorporación se proponga destruirlo el niño aun no es capaz de diferenciar el objeto exterior de su propio cuerpo, y por lo tanto, no hay disyunción entre el niño pegado al seno y el seno nutritivo.

La segunda fase comienza con la aparición de la primera dentición, hacia el sexto mes.

La succión va siendo completa por el mordisco, pues los dientes constituyen el primer instrumento de que dispone el niño para enfrentarse activamente con el mundo exterior.

El niño aprende a conocer el ambiente que le rodea por medio de la boca, por esta razón todo lo que tiene a su alcance lo llevara a ella.

De aquí se pueden desprender muchos hábitos bucales.

El tener el pulgar o cualquier otro dedo en la boca es una respuesta a un estímulo interno.

La ansiedad, la necesidad de succionar cuando no tiene el pecho materno cerca o simplemente por placer son aspectos que podrían llevarlo a iniciarse en algún hábito bucal.

Etimológicamente la palabra hábito provienen del latín "habitué" que significa carácter, relación o costumbre. El diccionario define el hábito como "toda costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie.

Una particularidad característica de los hábitos consiste en que cuando ya se han formado las acciones a realizar impulsivamente sin recapacitarlo previamente y con una marcada constancia.

Este trabajo se presenta con el fin de que el Cirujano Dentista conozca no solamente la etiología de los hábitos, sino que sea capaz, en coordinación con los padres de ayudar al niño a corregir el hábito de manera no traumática, pues de lo contrario se corre el riesgo de aferrar al niño aun mas al hábito, ya que las medidas que toman los padres para corregir al niño la mayoría de las veces son inadecuadas, pues suelen recurrir a la censura o a los golpes cada vez que lo descubren llevado a cabo la succión, mordida de uñas o cualquier hábito.

Esta situación sólo provoca que el niño busque esa forma de satisfacción a escondidas y mas frecuentemente de lo que solía hacerlo.

Este tipo de medidas correctivas traen como consecuencia serios trastornos en la personalidad del niño que se vuelve cada vez mas tímido e inseguro.

Clínicamente la posición que adoptan los dientes en los arcos dentarios esta determinada por las fuerzas musculares que actúan una vez que estos han erupcionado e incluye una serie de elementos como son:

- Movimientos de la lengua que empuja.
- Movimientos del labio que detienen los dientes.
- Movimientos de los músculos de las mejillas propiamente dichos.

Las medidas correctivas incluyen la agresión o el castigo los cuales son innecesarias, al contrario, hay que reforzar los logros que el niño tenga para eliminar el hábito con elogios o presentes.

Se planteara alguna terapia para que el Cirujano Dentista la maneje en coordinación con los padres siendo este el objetivo de trabajo.

ETIOLOGÍA

Durante algunos años, los hábitos bucales han sido tema de intensa discusión y estudios por parte de la profesión odontológica sin llegar a un acuerdo firme sobre el grado de daño causado por los hábitos mas comunes, como deben de ser manejados y quien debe de ocuparse de ello y cuando.

Gracias a que el Dr. Freud se preocupo por estudiar este tipo de hábitos y plantear teorías para su entendimiento fue mas fácil su estudio, tales teorías son:

TEORÍA DE LA DOBLE FUSIÓN La cual establece que el niño desempeña la actividad de alimentación conjuntamente con la obtención de placer, asimismo menciono que el niño a medida que va madurando psicológicamente tiende a desechar muchos de los hábitos autocráticos y placeres relacionados con las zonas erógenas, razón por la cual debe esperarse que el hábito desaparezca entre dos o tres años de edad.

Así un niño que presenta en la primera fase de los dos a tres años una succión del pulgar, no significa mas que un mecanismo de búsqueda de autosatisfacción de frecuente aparición que solamente debe señalarse como una advertencia al medio que lo rodee.

TEORÍA DE LA PERDIDA DE LA FUNCIÓN: Se basa en que la succión insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito.

Levy, cree que una reducción o una fácil succión del seno materno o del biberón, son la causa de la instalación del chupeteo.

TEORÍA DE LA CONDUCTA ADQUIRIDA. Esta teoría sustentada por Soar y Wise, sugiere que el niño aprende a asociar la succión con perspectivas agradables como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos.

Los partidarios de esta teoría se basan en "las leyes del aprendizaje" en lo que Pavlov describe como fundamentos de los patrones de conducta.

Describe estos patrones así: El niño aprende a asociar el chupar el dedo con muchas situaciones, la ingestión de alimento, el calor y la seguridad, atención de los padres y la renuncia a la agresión .

Cuando el efecto de esta conducta asociada es gratificante, la conducta, la conducta seguirá la generalización de la condición y estímulo pueden iniciar un hábito, el cual si se repite y se refuerza, llega a formar un patrón de conducta adquirida.

Retomando las teorías del Dr. Freud hablaremos de quizás la más importante y extensa como es la teoría Psicoanalítica.

La teoría Psicoanalítica se ocupa principalmente del desarrollo de la personalidad y más concretamente de los problemas emocionales de la neurosis.

Los psicoanalistas hablan de que en los primeros años de vida el ambiente del niño influye en los desajustes emocionales posteriores.

La teoría Psicoanalítica se divide principalmente en tres etapas:

-
- Etapa psicoanalítica
 - Etapa de aprendizaje
 - Etapa cognoscitiva

La teoría del aprendizaje ha sido llamada teoría conductistas y postula que los aspectos mas importantes de la conducta son aprendidos.

El aprendizaje es aquel proceso por el cual la conducta o la potencialidad de conducta se inodifica a consecuencia de la experiencia.

Sin embargo no toda la conducta es aprendida. Algunas tendencias, al responder existen desde el nacimiento e inclusive la vida.

Desarrollo de la personalidad del niño:

La personalidad del niño emerge de entre todas las influencias del ambiente, pero es el hogar donde recibe la primera y en muchos aspectos, la mas completa educación para la formación de carácter.

La personalidad es en gran medida, el producto del aprendizaje social y las acciones y reacciones sociales del niño las cuales proporcionan las situaciones decisivas.

Cuatro son los factores decisivos para el desarrollo de personalidad del individuo.

A) Herencia: Esta se origina en la naturaleza biológica y psiquiátrica del hombre y es innata.

Si la madre se amolda con naturalidad al modo de ser de su hijo aceptándolo con amor tal como es, permitiendo que le tome apego sin injerencias extrañas, se percata 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 y que ha sido ganada por sus actos. Los padres deben demostrárselo por medio de sus palabras y de sus actos.

Los niños aceptan fácilmente una frase mas bien por el tono que por su significado, necesitan palabras y hechos de afecto tanto en los primeros años de edad como hasta la infancia. Necesitan sentir la protección de los padres y saber que están dispuestos a defenderlo, esto también le da seguridad.

El niño sabrá que tiene un lugar seguro e importante entre sus padres, aunque a veces se le elogie o se le censure.

B) Familia: El ambiente del hombre y las actitudes paternas adquieren mayor importancia y ejercen una gran influencia.

Se ha visto que la atmósfera del hogar se relaciona en si mismo, con la adaptación emocional general del hombre.

C) Medio ambiente. Como se desconocen aun muchos datos acerca de los dos puntos anteriores, la mayoría de los estudiosos han preferido considerar como el factor primordial de la educación del niño, al medio ambiente.

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

D) Educación propiamente dicha: La cual se tomara enteramente de los padres, en los primeros meses de vida y durante las diferentes etapas por las que atraviese el pequeño.

TIPOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO Y SU MANEJO

Los problemas de la educación forman un papel de suma importancia en el comportamiento de los niños, la personalidad del niño presenta una gran habilidad emocional, teniendo como problemas la obediencia y la disciplina.

La insistencia inoportuna en hacer obedecer por principio, incitando a los niños a hacer actos ilógicos, los problemas de autoridad se vuelven un enigma, ambos se empeñan en saber quien es el que manda y quien es el que va a ganar. Hay problemas de autoridad que hay que poner en su sitio a tiempo.

Cuando la disciplina es irregular, es decir cuando el niño trata de hacer algo que le enoje a los padres, es porque éstos en ocasiones, lo reprenden y en cambio no lo toman en cuenta.

Cuando los padres no entienden que el 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 con ellos es frustrar su desarrollo.

Cuando la autoridad está dividida, cuando uno de los padres es rígido y el otro es indulgente.

Los padres deben de estar de acuerdo así tratara de recurrir a los dos cuando le impongan un castigo, al mismo tiempo que quedara aniquilado pero no humillado.

La crueldad, el negativismo, la negligencia puede provocar reacciones en el desarrollo de la personalidad.

Como hemos visto puede haber diversos tipos de causas para que el niño adquiera cualquier hábito bucal, pero todos estos coinciden en un punto. La atención que se les proporciona desde sus primeros días de vida ya que esto desencadena toda una serie de cambios en su personalidad, ya que el niño que le falta atención y es maltratado presenta una personalidad tímida o indecisa para lo cual es muy fácil hacerse a algún hábito bucal.

Los trastornos emocionales de los niños suelen reflejarse en los trastornos de salud física.

Las siguientes conductas: El deseo de contacto con adultos, agresión manifiesta, pérdida del control de evacuaciones y fantasías hostiles son consecuencias esperadas de la combinación de un deseo incrementado de amor maternal y una frustración continua de ese importante motivo. El niño cuya necesidad de amor es frustrada y suele mostrar muy poca tolerancia a cualquier frustración y reacciona con mayor agresividad y cólera si las cosas no le salen como desea.

La separación de la madre es una causa importante, aunque no la única de ansiedad de los niños pequeños. El miedo y la ansiedad son características respuestas de la intuición del niño ante acontecimientos desagradables.

El dolor, los cambios repentinos, o una sorpresa inesperada son capaces de producir miedo.

La ansiedad puede ser provocada por cualquier estímulo asociado con una situación de miedo o situación nueva intuitiva anticipatoria de la pérdida de atención de aquellos que satisfacen sus necesidades.

La agresión en la niñez parece ser universal. La expresión agresiva así como el tiempo de aparición depende del aprendizaje.

La aceptación que le muestren los padres a sus hijos y una actitud razonablemente permisiva respecto a las exploraciones y a su autonomía probablemente fomentarán el desarrollo de la confianza en sí mismo.

CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS

Los pequeños suelen recurrir a los hábitos cuando experimentan inseguridad ante personas extrañas o situaciones difíciles o ya sea cuando están ociosos viendo el televisor o simplemente sin ningún tipo de actividad.

Podemos dividir los hábitos en:

A) Hábitos compulsivos

B) Hábitos no compulsivos

Hábitos compulsivos

Podemos considerar un hábito como compulsivo, cuando ha adquirido tal fijación en el niño de tal manera que este lo ejecuta como un síntoma cuando siente que su seguridad se ve amenazada o como demostración objetiva de que algo anda mal, y es entonces una forma de buscar "el equilibrio psíquico interno denominado la ansiedad".

Debemos tener en cuenta que los hábitos compulsivos expresan la exteriorización precisamente de un malestar psicológico del niño y de un conflicto emocional profundamente arraigado, ya que al realizar el hábito, éste le servirá como una válvula de escape y encontrará en el, la consolidación tan necesaria, como un resorte contra la soledad y aislamiento.

Hábitos no compulsivos

Se consideran hábitos no compulsivos a aquellos que no están emocionalmente incitados y no son dañinos al individuo generalmente.

Estos hábitos mencionados, inocuos, son todas las tensiones liberadas, normales, que son necesarias como un resorte para el individuo si desea alcanzar madurez emocional.

Esto no debería ser considerado tan seriamente por los familiares, ya que de estas situaciones no resultan reacciones anormales.

Para este trabajo se dará una descripción de los hábitos compulsivos más importantes como son:

- Succión digital
- Succión de labio
- Bruxismo
- Onicofagia
- Empuje lingual
- Respiración bucal

SUCCIÓN PULGAR Y OTROS DEDOS

Al nacer el niño desarrolla el llamado reflejo de succión esto es una organización nerviosa la cual le permite alimentarse y mantener el vínculo con la madre como una sola persona.

Los reflejos de succión se le presentan como una necesidad influyendo en el y en sus necesidades iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche materna que le proporciona la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

Siendo por lo tanto, la principal función del aparato masticatorio infantil la de MAMAR.

Algunos niños se chupan indistintamente el pulgar derecho del izquierdo o cualquier otro dedo o más de uno, otros tienen el hábito fijado y usan siempre el mismo dedo.

Según Levy "algunos estudios de casos sugieren la posibilidad de que el pulgar elegido para la succión sea el de la mano que queda en libertad de movimientos en la primera posición de mamar, haciendo la otra mano (la aprisionada) los movimientos accesorios". Hay niños que se chupan el dedo constantemente y casi sin interrupción, otros lo hacen poco antes de ir a dormir.

Algunas madres deducen que el niño tiene sueño cuando se pone un dedo en la boca. Los niños suelen chuparse los dedos cuando tienen hambre, o están incómodos, avergonzados, cansados, aburridos o tienen algún disgusto.

Levy llego a la conclusión de que la mayoría de los casos del hábito de succionar el pulgar se debe a la escasez de los movimientos labiales o a la insuficiencia de la succión de mamar, en cualquier clase de alimentación (de pecho, biberón, o mixta). Señala como factores causantes más importantes.

- 1) El abandono espontáneo de un seno o un biberón del que brota el líquido con demasiada fluidez.
- 2) El abandono forzoso de la succión al cabo de un lapso demasiado breve.
- 3) Los cambios de horario de la alimentación , con aumento de los intervalos entre una comida y otra y reducción del tiempo de nutrición.

EFFECTOS DENTALES

La mordida abierta es característica específica en niños con el hábito presentarán algunas veces también el hábito de lengua y un paladar muy profundo.

Salzmann (1974) cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares y sobre los arcos dentarios, incluyendo la oclusión dependen de diversos factores como la frecuencia con que es practicado, el desarrollo osteogéno, la dotación genética del niño y su estado de salud.

TRATAMIENTO CLÍNICO

Si un bebe tiene el hábito de la succión del pulgar puede ser posible la corrección cuando pasa de la lactancia a la fase de masticación.

Puede lograrse una reorientación de la actividad de succión hacia la actividad masticatoria.

A menudo ayuda retirar el pulgar de la boca y reemplazarlo con sus sustitutos de la boca como algo que sea masticable. En niños más grandes el uso de ayudas visuales puede ser útil mostrarles cómo el hábito de succión del pulgar puede dañar su boca si persiste.

Los aparatos correctores de hábitos orales están indicados solamente cuando puede determinarse que el niño desea interrumpir el hábito y solo necesita un recordatorio para poder realizar el esfuerzo. Si se usa un aparato, éste no debe producir dolor ni interferir con la oclusión, por el contrario. Un contenedor parcial removible con una serie de ansas lisas por palatino de los incisivos ha demostrado a menudo que es útil para ayudar al niño a superar el hábito. El aparato desempeña varias funciones:

Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda el sentido, eliminando la succión y así cuando el niño vuelve a colocarse el dedo en la boca, pero no obtienen una verdadera satisfacción.

El aparato evita que la presión digital desplaza los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones y deformantes de la lengua y labios.

El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una más elongada a una más ancha y normal.

Se puede colocar algún aparato fijo, pero el niño tendrá la impresión de estar castigado todo el tiempo, hay que emplear una terapia en la cual se le mencione al niño que el aparato es para corregirle los dientes que están en mala posición el cual después de un período de ajuste de 2 o 3 días la mayor parte de los niños casi no están concientes del aparato. Se deberán hacer visitas de revisión cada 3 o 4 semanas.

Aunque generalmente el hábito desaparezca después de la 1a. semana de usar el aparato, después del intervalo de 3 meses desaparece completamente y se empieza a retirar gradualmente el aparato por lo que se recomienda dejarlo un poco más para evitar la recidiva.

SUCCIÓN DEL LABIO

Es uno de los hábitos que llegan a presentarse más tempranamente en los niños, desde los tres o cuatro años de edad. No existe razón alguna para que un niño sano tenga los labios partidos, aún durante el invierno. Lo más curioso de este hábito es que pasa desapercibido la mayoría de las veces, hasta ser detectado por el médico o dentista, al notarse la mucosa labial más gruesa que la del labio superior.

ETIOLOGÍA

La succión del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque este hábito (generalmente se presenta en edad escolar) no puede atribuirse a la retención del instinto de chupar y deglutir de manera infantil.

El hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causado por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Las diferencias de color, textura tamaño de los labios se relacionan a menudo con la malformación labial, los labios hiperactivos se observan más grandes, más rojos y húmedos que los labios normales.

El enrojecimiento característico y la irritación se extienden desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior, acostumbrándose al surco mentolabial.

Puede aparecer herpes crónico en zonas de irritación y agrietamiento del labio.

En ocasiones el empuje lingual, levanta el labio inferior suavemente de las encías, estas pueden estar hipertróficas, esta gingivitis superior nos indica una función mentoniana hiperactiva.

EFECTOS CLINICOS

La succión del labio superior o inferior trae como consecuencia la retrusión de los incisivos correspondientes debido al desequilibrio muscular donde se se encuentra una fuerza mayor en una zona limitada, y también afecta los incisivos antagonistas, vestibularizándolos con ayuda de la lengua que rompe dicho equilibrio.

Generalmente los pacientes con este hábito presentan maloclusiones de clase II división I..

TRATAMIENTO CLÍNICO.

Antes de colocar los aparatos es importante llevara cabo unos ejercicios tales como pedirle al niño que extienda lo más que pueda el labio superior sobre los incisivos superiores, luego el labio inferior se coloca contra la porción exterior del labio superior. Este ejercicio se debe realizar de 15 a 30 minutos durante 4 o 5 meses. Con un vaso de agua en una mano frente al espejo el niño toma agua, ocluye los dientes y coloca la punta de la lengua contra la papila incisiva y traga. Esto se repite y cada vez es seguida por la relajación de los musculos hasta que la deglucion progrese sin tropiezos.

APARATOLOGIA

Se puede colocar un Lip Bumpers el cual lleva un arco vestibular con alambre al cual se inserta un material plástico y cuyo alambre llega a los molares, tiene una pestaña plástica alrededor de la parte anterior que compromete el labio y cierra en el molar con un loop vertical, comprimiendo el resorte espiral.

El aparato se llevará por un promedio de 9 meses.

BRUXISMO

Puede ser definido como el frotamiento con fuerza de los dientes. Como se procede más comúnmente durante la noche algunas veces es designado como "rechinamiento nocturno". Rara vez, el niño tienen conciencia de rechinar los dientes, aunque algunos se quejan de dolor o sensibilidad los músculos temporales y en la región de la articulación temporomandibular.

Los dientes en la mayoría de los casos, dan muestra del hábito en la forma de las coronas aplanadas y el desgaste lingual de los dientes anteriores inferiores también es característico. Se piensa que el bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y el stress al producirse sobre todo en niños muy tensos e irritables. Sin embargo, se demostró que se produce en niños con prurito anal o neonatos, en quienes la intensa picazón con frecuencia los hace apretar o rechinar los dientes como para producir una contraíritación para el prurito.

Para el niño que tienen solo la dentición primaria o en quienes apenas están erupcionando los primeros molares permanentes y tienen totalmente abrasionadas las coronas de los molares primarios se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de corona de acero cromo para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión.

ALTERACIONES CLÍNICAS

A pesar de que el bruxismo por si solo no causa maloclusiones, pero tiende a retardar la caída de los dientes primarios por lo tanto se alterara la secuencia de erupción y de ahí se podría desprender la maloclusión. Otra alteración es el aspecto clínico de las coronas de los molares como ya lo había mencionado

Si el hábito permanece por más tiempo dará como resultado la abrasión de los dientes y problemas parodontales.

TRATAMIENTO

No existe manera para discontinuar el hábito del bruxismo aunque se recomienda el uso de protectores bucales.

ROERSE LAS UÑAS (ONICOFAGÍA)

La tensión se manifiesta mediante la roedura de las uñas sobre todo cuando hay otros miembros mayores de la familia que dan el ejemplo, la intensidad del hábito varía con el grado de tensión y la oportunidad.

La roedura, de las uñas expresa un estado de tensión producido por la expectación de algún evento importante del niño.

Thom dice: "Los niños que se comen las uñas son hiperactivos, ágiles, inquietos y enérgicos.

Billig realizó un extenso estudio del hábito en alumnos de primaria y secundaria y anoto que los niños comienzan a comerse las uñas y anoto que los niños comienzan a comerse las uñas a partir de los cinco años de edad.

Wechsler dedujo que la costumbre de comerse las uñas es "un síntoma de la persistencia del complejo de Edipo que no ha sido resuelto"

EFECTOS CLÍNICOS

El morderse las uñas provoca una rotación de los dientes anteriores además de la introducción de gérmenes y bacterias a la boca.

TRATAMIENTO

Como cualquier hábito se importante concientizar al niño acerca de esto con recordatorios amigables ocasionalmente la no aceptación social de sus compañeros, ayudará a discontinuarlo cuando sea mayor de edad.

El tratamiento debe comenzar con la eliminación de la tensión o las tensiones causales de la iniciación y el mantenimiento del hábito. El llamado a la vanidad suele ser un factor terapéutico asombrosamente eficaz.

Por ejemplo en caso de niños es importante llevarla a que se le manicuren las uñas varias veces hasta que ella aprecie lo bien que le lucen y quiera conservarlas así.

Para los niños sería conveniente un cuadro de estrellas.

La experiencia revela que la costumbre de roerse las uñas es el trastorno de la personalidad más difícil de dominar.

Las ocupaciones y los juguetes que intriguen realmente al paciente y sanas relaciones con otros niños favorecen esencialmente el tratamiento.

EMPUJE LINGUAL

Este suele ser uno de los hábitos musculares más difíciles de detectar y corregir, la mejor manera para detectar este hábito, es pedirle al paciente que ocluya y pase saliva para lo cual si es empujador lingual llevara la lengua hacia adelante descansándola sobre los dientes superiores.

Con la erupción de los incisivos, a los 5 o 6 meses de edad, la lengua no se retrae, como debería hacerlo y continúa proyectándose constantemente hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior y puede existir un período transicional prolongado según fue demostrado por Baril y Mayor denominándolo patrón de deglución infantil.

Según Moyers a los 18 meses de edad, se observan las características de la deglución madura las cuales son:

- a) Los dientes están juntos.
- b) El maxilar inferior es estabilizado por la contracción de los músculos elevadores del 5o. Par craneal.
- c) La punta de la lengua se coloca sobre el paladar arriba y atrás de los incisivos.

Al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumenta la sobremordida horizontal, y la mordida abierta, las proporciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores, hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes en contacto en todo momento.

La lengua empuja violentamente entre los dientes en la parte anterior y a ambos lados, estos pacientes tienen rostros muy inexpresivos, presentan dificultad para masticar ya que habitualmente ocluyen solo sobre molar en cada cuadrante.

CAUSAS QUE PRODUCEN LA RETRUSION LINGUAL

A) Se presentan cuando ha existido amigalitis o faringitis crónica o también amigdalas hipertrofiadas dolorosas o por hábito de deglución es decir cualquier dolor crónico de la garganta va a provocar la proyección de la lengua hacia adelante sobre todo durante la deglución se puede presentarse junto con otros hábitos como la succión de dedos, o mordedura de labio y uñas.

B) El empuje lingual al deglutir es cuando por la alimentación inadecuada del biberón, o cuando el chupón tiene varios orificios y, la boca del bebe es muy pequeña y el chupón es largo y llega hasta la laringe ocasionando que el niño ponga la lengua contra el techo de la boca.

Cuando la succión y la deglución se dificultan el niño colocará la lengua hacia adelante para sostener el chupón entre las encías y la lengua al deglutir. Y trae como consecuencia que los niños que degluten de esta forma desde la infancia puedan seguir haciéndolo durante toda la vida.

EFFECTOS CLÍNICOS

Se observará un estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior. Clínicamente puede observarse como una mordida cruzada bilateral con un desplazamiento lateral, que al desplazarse el maxilar inferior bajo la influencia de los dientes y de las piezas anteriores en protrusión.

TRATAMIENTO

Es importante que antes de la colocación del aparato se le enseñen algunos ejercicios.

El ejercicio consiste en colocar una pastilla sin azúcar sujetándola con la lengua y el paladar ubicándola a la altura de la papila incisal para lo cual el niño empezara a salivar y tendrá que tragar está saliva sin quitar la lengua de la posición en la que se encuentra.

Se educara al niño a la deglución normal de la anormal los siguientes pasos:

- Cuando el paciente esta masticando y al llegar a la deglución deberá colocar la lengua en la papila palatina.
- Los labios permanecerán bien cerrados durante la deglución.

La unión de los labios para después pronunciar un sonido explosivo (como "pop") puede ayudar al niño a captar lo que significa una firme comprensión entre los labios.

APARATOLOGIA

Lo recomendable es empezar una placa Tucat la cual lleva una especie de chaquiras con la cual la lengua del niño estará jugando y ayudara a eliminar el hábito paulatinamente.

Esta placa es muy recomendable por que sólo esta sirviendo como recordatorio para el niño sin provocarle mucho traumatismo emocional.

Placa Howley con trampa de lengua.

Esta lleva alambre el cual se dobla de tal manera que forma una especie de reja para desplazar a la lengua hacia abajo y hacia atrás durante la deglución.

Criba fija para la proyección lingual.

Este aparato consiste de un alambre de ortodoncia de níquel y cromo de acero inoxidable adaptado en forma de "U" la cribas va soldada a la barra base a nivel de atrás de los cíngulos de los incisivos inferiores cuando este en oclusión.

Este problema localizado, se elimina en la primera semana, ya que el paciente no podrá adoptar la lengua a través del espacio incisal.

La mejor edad para la colocación de este tipo de aparatos entre los 5 y 10 años de edad, si se coloca después es posible que se requieran los servicios de un ortodoncista.

RESPIRADOR BUCAL

Para que el aparato respiratorio funcione normalmente es necesario realizar siempre la inspiración del aire por las fosas nasales.

Este hábito puede ser causado por desviación de los procesos funcionales normales. Los casos más frecuentes de respiración bucal son:

- a) Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides.
- b) Defectos intranasales, tales como, El septum desviado y espolones óseos del Septum.

Las cavidades oral y nasal se abren a la faringe en el espacio bien protegido llamado linfoide.

Cuando las amígdalas aumentan de tamaño, puede cerrar por acción mecánica los pasajes de la nariz y la faringe bloqueando las coanas y forzando al niño a respirar por la boca.

Este bloqueo es en muchos casos nocturno, cuando el niño esta acostado, esta postura acumula la sangre en las amígdalas irritadas, aumentando de tamaño el proceso anormal ya existente.

Este agrandamiento se denomina "vegetaciones adenoides" y su único tratamiento eficaz es la extirpación quirúrgica lo antes posible.

Las vegetaciones adenoides se encuentran en los niños de 2 a 10 años de edad y desaparecen, reabsorbiéndose después de la adolescencia, dejando tras de si al persistir deformaciones orales y faciales, respiración bucal, catarro nasal crónico y un físico poco desarrollado (anémico).

El Septum nasal desviado, tiene al parecer origen similar al de muchas deformaciones de las arcadas por lo tanto es común encontrarlas con ellas. Produciendo respiración bucal por una aproximación de la pared septal del conete nasal inferior, que causa la congestión de la mucosa que lo cubre y el bloqueo de la abertura.

Los espolones óseos del Septum actúan del mismo modo.

Este tipo de pacientes al ser tratados quirúrgicamente por el especialista y eliminar la obstrucción no establecen por si solos la respiración nasal sino que persisten en el hábito de respiración bucal.

Otro factor para desarrollar el hábito de respirador bucal se debe a que el labio superior es corto y no le permite cerrar completamente sin realizar enormes esfuerzos.

ALTERACIONES CLÍNICAS.

Este hábito va a producir de una manera lenta, serias deformaciones maxilo-faciales y de diversa intensidad.

Esto se va a presentar cuando el niño al mantener la boca entreabierta por la falta de tono orbicular de los labios va a alterar la fisiología buconasal, y al respirar por la boca faltan las presiones normales que se presentan en la cavidad bucal y nasal durante la inspiración y que se compensan mutuamente en el paladar. Debido al cambio de presión de las fosas nasales pero no en la cavidad bucal, se presentan fuerzas que contribuyen al descenso del paladar, por lo tanto su aplanamiento, pero esta contrapresión y la forma cuneiforme de los molares superiores predisponen la formación de un paladar alto y arcadas estrechas.

Cualquier cosa que interfiera con la fisiología respiratoria normal puede afectar el crecimiento de la cara. Presentándose una elevada incidencia de maloclusiones en los respiradores bucales y no suele verse un solo tipo de maloclusión por que el trastorno inicial que conduce a la respiración bucal puede ser diferente la causa.

Los espolones óseos del Septum actúan del mismo modo.

Este tipo de pacientes al ser tratados quirúrgicamente por el especialista y eliminar la obstrucción no establecen por sí solos la respiración nasal sino que persisten en el hábito de respiración bucal.

Otro factor para desarrollar el hábito de respirador bucal se debe a que el labio superior es corto y no le permite cerrar completamente sin tener que realizar enormes esfuerzos.

ALTERACIONES CLÍNICAS.

Este hábito va a producir de una manera lenta, serias deformaciones maxilo-faciales y de diversa intensidad.

Esto se va a presentar cuando el niño al mantener la boca entreabierta por la falta de tono orbicular de los labios va a alterar la fisiología buco-nasal y al respirar por la boca faltan las presiones normales que se presentan en la cavidad bucal y nasal durante la inspiración y que se compensan mutuamente en el paladar. Debido al cambio de presión en las fosas nasales pero no en la cavidad bucal, se presentan fuerzas que contribuyen al descenso del paladar, por lo tanto adquiere una forma aplanada, pero esta contrapresión y la forma cuneiforme de los molares superiores predisponen la formación de un paladar alto y arcadas estrechas.

Cualquier cosa que interfiera con la fisiología respiratoria normal puede afectar el crecimiento de la cara. Presentándose una elevada incidencia de maloclusiones en los respiradores bucales y no suele verse un solo tipo de maloclusión por que el trastorno inicial que conduce a la respiración bucal.

TRATAMIENTO

El protector bucal que cubre los pliegues y obliga al respirador bucal, a preparar por la nariz se recomienda su uso durante la noche y por las mañanas cuando sea posible obteniéndose como resultado la respiración nasal que estimulara a los tejidos nasales, sinusitis y circulación paranasal, evita la deformidad del labio y la presión de la lengua en los dientes anteriores tanto superiores como inferiores.

La pantalla oral ejerce presiones pueden retruir incisivos y alinearlos, así como cerrar espacios

Sin embargo, antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso del protector bucales necesario asegurarse que el conducto nasofaríngeo este lo suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La esfera psicológica y física de maduración, son registrados de acuerdo a un plan y a una secuencia innatos. A un niño no se le puede enseñar un modo de comportamiento hasta que no haya madurado lo suficiente para recibir tal enseñanza. Por ejemplo, un niño no puede aprender a hablar hasta que no esté maduro para ello.

Todos los que trabajan con niños deben comprender que la edad psicológica del niño no siempre corresponde a su edad cronológica, esto tiene importancia para el dentista ya que para el diagnóstico de hábitos causados por problemas emocionales como para la planificación del tratamiento, debe de considerar ambas edades: Fisiológica y psicológica.

La personalidad del niño emergen de entre todas las influencias del ambiente, pero es el hogar en donde recibe la primera y en muchos aspectos, la más completa educación para la formación de su carácter.

Muchos autores han investigado la conducta del niño porque a través de ella se va expresando su manera de ser, su comportamiento, etc. Está conducta irae consigo una serie de factores ya sean innatos o adquiridos que van a formar las bases o cimientos de está personalidad que empieza a manifestarse.

Las experiencias familiares del niño influyen poderosamente en su vida. Es importante conocer algunos de los factores para la formación de tipo afectivo del niño. Saber como son los padres, los parientes más allegados a la casa. saber, si el niño es aceptado por sí mismo, por ser como es o bien, los padres se encuentran a disgusto por un niña ya que deseaban que fuera niño.

Los problemas de educación forman un papel de suma importancia en el comportamiento de los niños, la personalidad del niño presenta una gran habilidad emocional, teniendo como problemas la obediencia y la disciplina.

La insistencia inoportuna en hacer obedecer por principio, incitando a los niños a hacer actos ilógicos, los problemas de autoridad se vuelven un enigma, ambos se desempeñan en saber quién es el que manda y quién es el que va a ganar. Hay problemas de autoridad que hay que poner en su sitio a tiempo.

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

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

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

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

EL NIÑO TÍMIDO: Este tipo de niño generalmente se esconde detrás de la madre no quiere entrar al consultorio. A este niño se le debe de hablar con cariño, tratando de convencerlo, sin mostrar una insistencia excesiva, pero sí demostrando interés por lo que a él le gusta.

EL NIÑO CONSENTIDO: Padres muy indulgentes e inconscientes, o a veces, el rechazo o indiferencia crean en estos niños una conducta que generalmente se caracteriza por su indiferencia. Está acostumbrado a conseguir todo lo que se propone, llorando, gritando, pataleando etc. Entonces un proceso enérgico o autoritario, puede resultar eficaz frente a un niño con esta educación.

EL NIÑO CAPRICHOSO: Por lo general es hijo único, o el más pequeño de la familia, el que es adoptado o en el que existe alguna enfermedad por mucho tiempo. A este se le complace en todo, por lo tanto le disgusta que se le pida algo que no está dispuesto a hacer, pero se comporta bien.

EL NIÑO DESAFIANTE: 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 le trata con mayor cuidado para no hacer de él un mal paciente, pues las reacciones temerosas y la obstinación son el resultado de influencias externa y ante todo de una educación equivocada.

Los trastornos emocionales de los niños suelen reflejarse en los trastornos de salud física.

El deseo de conducta con adultos, agresión manifiesta, pérdida de control de evacuaciones, y fantasías hostiles son consecuencias esperadas de la combinación de un deseo incrementado de amor maternal y una frustración continúa de ese importante motivo. El niño cuya necesidad de amor es frustrado suele mostrar muy poca tolerancia y reacciona con mayor agresividad y cólera si las cosas no le salen como desea.

La separación de la madre es una causa importante, aunque no la única que causa al ansiedad de los niños pequeños.

El miedo y la ansiedad son respuestas características de la intuición del niño ante acontecimientos desagradables.

Una conducta anormal que se repite o una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos deberá alertarnos ante la posibilidad de presencia de un problema de conducta, el cual requerirá de un diagnóstico encaminado a descubrir la enfermedad que está provocando esos trastornos.

Un problema de conducta repetitiva, una desviación del desarrollo o una constante respuesta inapropiada a determinados estímulos, constituye un síntoma y requiere de un diagnóstico.

Se ha visto que el paciente con problemas familiares, tales como rechazo de los padres, falta de comprensión y calor es más propicio para desarrollar un hábito o hábitos negativos. A veces, estos pacientes por la falta de voluntad que tienen para eliminarlos exageran el mal hábito.

Algunos psicólogos opinan que al romper el hábito como el de succión digital, se produce un trauma psicológico que transforma el hábito en uno más nocivo tal como : masturbación, pesadillas o bien irritabilidad. Es por esto que se debe tener especial cuidado en la selección del tratamiento.

Se ha comprobado que los problemas emocionales de los padres repercuten en los hijos a tal grado que la angustia e infelicidad de aquellos se manifestará con trastornos de la conducta de los pequeños.

Es recomendable que los padres, maestros y médicos sean respetuosos con el comportamiento del niño y antes de asegurar que es aquel el problema se detengan a reflexionar, con una actitud juiciosa, que hay detrás de la señal que el niño está mandando a través de sus síntomas.

A continuación propongo un tratamiento Psicológico de fácil manejo para interactuar con los padres y tal vez con el maestro.

Antes que nada hay que saber que cuando se trabaja con niños en este tipo de terapia debe hacerse de manera que resulte estimulante e induzca a la involucración entera para mantenerlos motivados.

Con los niños es aconsejable reducir al máximo las explicaciones verbales acerca del funcionamiento del tratamiento y en lugar de esto privilegiar directamente el entretenimiento para que el niño identifique la relación entre los estímulos propios e interoceptivos y sus cogniciones o respuestas de totalamiento verbal. (Las respuestas fisiológicas y psicológicas).

TABLA DE REGISTRO DEL HABITO

Hábito - Horas al día en que se presenta.

- Situaciones en las que se observa en mayor medida.

- Horas en las que no se observan situaciones en las que el

Se llevara a cabo un recuento que involucre cada uno de estos puntos para saber cuales son las conductas que necesitamos mostrar para la corrección tanto clínica como psicológica.

El hábito puede ser una respuesta a situaciones estresantes es importante saber la dinámica familiar y el rol que juega el niño en la familia.

Estos aspectos serán los que van a hacer favorable el diagnóstico. El registro tienen que realizarlo los padres o el maestro (a).

El tratamiento básicamente consistirá en ir disminuyendo los primeros aspectos e incrementando los segundos.

Se presente esta terapia lo más simplificado que fué posible que en toda la investigación que se realizó se llegó a la conclusión de que para que el tratamiento sea completo es necesario interactuar con un terapeuta o psicólogo.

Por lo tanto se llegó a la conclusión de que es necesario mandar a nuestro paciente a visitar al terapeuta para poder llevar a cabo la colocación de algún aparato corrector de hábitos.

CONCLUSIONES

Con este trabajo intenten despejar dudas que tenía en cuanto al tratamiento y manejo de los hábitos orales en niños, por experiencia propia me fué de particular interés ya que por mucho tiempo sostuve un hábito bucal y a pesar de que mis padres trataron de eliminarlo con "aplicación de picante, yeso o savila" no les fué posible corregirlo al contrario sólo consiguieron que me adaptara más a el haciéndolo parte de mi.

Con lo que investigué descubrí que algunas de las causas de la formación de hábitos son un destete retirado bruscamente y el desprendimiento de la madre cuando se es muy pequeño. Teniéndolos como antecedente en mi niñez transporte los momentos en los que llevaba a cabo el hábito dándome cuenta de que lo solía hacer cuando me sentía sola en algún problema lo cual me lleva a las teorías de que los niños mantienen el hábito de succión por falta de atención o inseguridad y que efectivamente el hábito se retira cuando el niño está dispuesto a dejarlo ya que me tomo un mes con una trampa lingual fija y que yo estuviera dispuesta a la eliminación del mismo. La colocación de la trampa lingual fija la maneje así por qué intente con un aparato removible y me lo desalojaba por las noches.

Con estás investigaciones logré despejar muchas dudas en cuanto a mi comportamiento frente al hábito y pude conocer algún tipo de terapia (ejercicios) que son muy importantes para aplicar a los niños antes de la colocación de algún aparato corrector de hábitos por lo cual me puede formar en enfoque diferente de como se debe tratar un paciente con hábitos orales desde el punto de vista psicológico.

Como Cirujanos Dentistas estamos muy acostumbrados como se nos fué enseñado, cuando se presenta un niño con hábito se obtiene una impresión y se le fabrica el aparato sin mayores indicaciones a la colocación salvo que el niño no lo retire para nada o que se le castigue cuando se le observe tratando de llevar a cabo el hábito.

Si el tratar con niños ya es una tarea muy diferente que con adultos, ahora tratar con niños que presenten hábitos es mucho más delicado ya que hay un antecedente de desajuste emocional el cual debemos de manejar con mucho tacto y responsabilidad.

Otra característica de trabajar con niños es que están en edad de aprendizaje por lo cual de nosotros dependen que el niño regrese con gusto y no obligado por los padres se podrá trabajar con ellos mucho mejor de esta manera y por lo tanto más adelante no tendrán problemas con la visita al Cirujano Dentista

Con este trabajo espero estar proporcionando a mis compañeros algo de nueva información o sino nueva no muy conocida por nosotros para tratar de mantenerla en mente para cuando se nos presente un paciente con las características que he mencionado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abrahams
Odontología Pediátrica.
Editorial Panamericana 1984.

- 2.- Skinner Burrhus
Ciencias y Conducta Humana.
Editorial Mundi 1991.

- 3.- Levy Janine
El bebe con discapacidades del acogimiento a la intergración.
Editorial Salvat 1993.

- 4.- Kleain Melanie
El Psicoanálisis en niños.
Editorial Interamericana 1980.

- 5.- Yates Aubrem
Teoría y Práctica de la Terapia Conductual.
Editorial Panamericana, 1974.

- 6.- Kiwmins, C. W.
Psicología Infantil
Editorial Salvat 1975.

-
- 7.- Levy Jeanine,
Despertar a la vida.
Editorial Salvat 1977.
- 8.- Bijou W. Sidney
Psicología del Desarrollo Infantil.
Editorial Panamericana 1982.
- 9.- Biblioteca Salvat de Grandes Obras
Freud y el psicoanálisis.
Editorial Salvat 1982.
- 10.-Pinkham
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana 1991.
- 11.-Sidney B. Finn
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana.
- 12.-Dentista y Paciente
Los malos hábitos orales y sus consecuencias.
Vol. Y no. 9

-
- 13.-Asociación Dental Mexicana
Los Malos Hábitos Orales.
C.D. Rubén Bayardos Casillas.
Vol. LII no. 2.
- 14.-Mc. Donald
Odontología Pediátrica y del Adolescente.
Editorial Mundi 1993.
- 15.-Publicaciones Facultad de Psicología de la UNAM
Terapia Conductual en niños.