

01421
117

... la Dirección General...
... a difundir en formato electrónico...
... de mi trabajo recepi...

OMARE: María Mónica Gallegos Miranda

FECHA: 28-04-03



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE HÁBITOS NOCIVOS PARA
LA SALUD EN LA POBLACIÓN INFANTIL FEMENINA.
(ESTUDIO DE CASO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
U.N.A.M.)**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARÍA MÓNICA GALLEGOS MIRANDA

**DIRECTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
ASESORES: C.D. NANCY A. JACQUES MEDINA
C.D. ALEJANDRA GREENHAM GONZÁLEZ**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



MÉXICO D. F.

MAYO, 2003

A



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.

A MIS PADRES:

Mil gracias primero por darme la vida y su cariño.

Por el apoyo que me brindaron en mis años de estudio, por la comprensión y tolerancia que me tuvieron cuando tome malas decisiones, por todos esos pequeños detalles que me enseñaron a ser mujer.

Los amo.

A mi Hermana Rosario y su esposo Alejandro:

Gracias por todos los consejos que me han dado.
Por el ánimo siempre a tiempo que me ofrecieron
Cuando más lo necesitaba y no me permitió caer
En el fondo y por todas las veces que me han
Escuchado sin decir nada.

A hermano Jorge y su esposa Laura:

Por el gran ejemplo que me han puesto ante los obstáculos
De la vida, y por su incondicional apoyo.

A mi hermana Arcella y su esposo Everardo:

Gracias por todas esas palabras de alientos que me han
dado. Por su apoyo para salir adelante.

A mis sobrinos, Jessica, Everardo, Pamela y Arcella:

Gracias por su enorme cariño que me han dado y la
Admiración y tolerancia que tiene para conmigo.

E.Z.M.

Mil gracias, por que fuiste la persona que me ánimo
A seguir estudiando y llegar a ser una profesionista.
Por haber estado a mi lado en los años más difíciles
de la carrera.

S.N.G.

Gracias por el apoyo que me brindaste en el final de
esta larga trayectoria, que el día de hoy veo concluida.
Siempre serás una persona importante en mi vida.

A TODAS MIS AMIGAS:

Que siempre estuvieron a mi lado en los momentos
más difíciles de la carrera y de mi vida.
Gracias Charo, Nelly, Sandra, Ivonne e Irma por el
apoyo incondicional que me brindaron.

MÓNICA:

Este trabajo te lo dedico a ti misma, por tener la valentía de salir adelante a pesar
de todos los obstáculos que se interpusieron en tu camino. Esta es la recompensa
de todos aquellos desvelos que pasaste. El día de hoy ves concluido uno de tus
grandes sueño. **FELICIDADES.**

INDICE

Página

Introducción	
1.- Antecedentes.....	1
1.1 Desarrollo psicológico de la niña de 2 a 8 años.....	3
1.2 Características de la dentición temporal y permanente.....	4
2.- Marco teórico.....	13
2.1 Hábitos nocivos bucodentales en niñas de 2 a 8 años.....	16
2.1.1 Succión digital.....	16
2.1.2 Respirador Bucal	26
2.1.3 Bruxismo.....	30
2.1.4 Mordida de labio.....	33
2.1.5 Succión de labio.....	34
2.1.6 Succión no nutritiva.....	36
2.1.7 Proyección lingual.....	37
2.1.8 Onicofagia.....	40
2.1.9. Hábitos masoquistas.....	42
2.1.10 Cuerpos extraños llevados a la boca.....	43
3.- Planteamiento del problema.....	44
4.- Justificación.....	44
5.- Hipótesis.....	44
6.- Objetivos.....	45

6.1 Objetivo general.....	45
6.2 Objetivos específicos.....	45
7.- Metodología.....	46
Material y método.....	46
Recursos humanos.....	46
Recursos financieros y de infraestructura.....	46
Recursos materiales.....	47
Población de estudio.....	47
Muestra.....	47
Variables de estudio.....	47
Variables dependientes.....	48
Variables independientes.....	48
Criterios de inclusión.....	49
Criterios de exclusión.....	49
8.- Resultados.....	50
9.- Conclusiones.....	55
10.- Referencias bibliográficas.....	57
11.- Anexos.....	59



INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este trabajo, es conocer el índice de prevalencia que tienen los hábitos nocivos bucodentales en las niñas que acuden a la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de la U.N.A.M.

Hago referencias que en Venezuela en el transcurso de este año 2003, se llevó a cabo un estudio en el cuál el hábito más frecuente fue la respiración bucal seguida de la deglución atípica.

En Cuba, realizaron un estudio de prevalencia de hábitos nocivos, habiendo reportado que el 46.1% presentaba algún hábito, a estos pacientes se les aplicó mioterapia, dando como resulta una disminución de los mismo.

En el presente trabajo se describen los hábitos nocivos, así como su tratamiento, de igual manera analizaremos las causas por las cuales las niñas presentan estos hábitos.

Citamos el desarrollo psicológico de las niñas de 2 a 8 años, con el fin de comprender su comportamiento y la relación que tiene éste con los hábitos.

1. ANTECEDENTES

En el año de 2003, el Doctor Oscar Quirós Álvarez, catedrático en Ortodoncia de la Universidad Central de Venezuela, realizó un estudio de las características de la oclusión de los niños de Jardín de Infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigación Científica IVIC. Dando como resultado que más del 60 % de los niños que asisten a este jardín presentó algún tipo de hábito nocivo bucodental. Señalando que el hábito más frecuente fue respiración bucal y deglución atípica, seguidos en tercer lugar por los hábitos de succión digital y onicofagia.

Concluyendo que existe una relación entre los hábitos bucodentales y la presencia de maloclusiones.¹

En la Clínica estomatológica "Manuel Fajardo Rivero" del Municipio Bartolomé Maso Márquez, de la Habana, Cuba. El Doctor Roberto Macías Gil y la Dra. Olga E. Díaz Rodríguez, realizaron un estudio descriptivo a 26 preescolares matriculados en el Círculo Infantil "Granma" de la Ciudad escolar Camilo Cienfuegos, para conocer si eran portadores de maloclusiones, presentaban alguna miodisfunción, hábitos bucales deformantes y estética facial afectada.

Mencionan que los hábitos bucales deformantes al comenzar el estudio fueron de un 46,1% y aplicando la mioterapia que forma parte de la

¹ WWW.Actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp-101K

Educación Física en la Circulo infantil, después de transcurrir los 3 cursos solo quedaban 5 niños con hábitos bucales deformantes.

En la Facultad de Odontología de Bauru de la Universidad de San Pablo, Brasil en el año de 2000, se hizo un estudio con niños de géneros indistintos entre los 3 y 5 años inscritos en instituciones privadas y federales del Municipio de Bauru, aplicándoles un examen de oclusión y socioecómico.

Dan como conclusión que hay una prevalencia de maloclusiones del 51.3% en el sexo masculino y un 56.9% en el sexo femenino. Señalando que una prevalencia superior de las maloclusiones en los niños cuya edad era de tres años, mencionando que las maloclusiones disminuían con la edad.

Dando como conclusión que dentro del medio ambiente evaluado, la succión de chupón fue el hábito más importante asociado con las maloclusiones, seguida del hábito de succión digital, pero no hubo ninguna influencia de las maloclusiones con problemas relacionado con el habla. ²

² MOITA Nilce. Rev. Saúde Pública. Relacao entre hábitos bucais e má oclusao em pré-escolares, Volumen 34. No. 3 P. 299-03, 2000. www.fsp.usp.br/rsp

1.1 DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LA NIÑA DE LOS 2 A LOS 8 AÑOS.

El conocimiento del desarrollo psicológico de la niña es necesario no sólo para comprender la reacción de ella ante el odontólogo y obtener su cooperación para completar la tarea, sino para asegurar que no resulte más dañada con el tratamiento.

El desarrollo psicológico de la niña es un proceso complejo, hay un lapso genético que es modificado por el medio ambiente en el cual crece. La interacción complicada entre la herencia y las numerosas presiones sociales que controlan a la niña han producido opiniones entre los psicólogos sobre cuáles son los factores básicos que controla la vida emocional de la niña.

La personalidad de ella incluyendo su desarrollo físico, motor, del lenguaje, social y moral, es importante para el odontólogo. ³

Para que el odontólogo tenga un tratamiento dental exitoso en relación a los hábitos nocivos bucodentales es necesario comprender la conducta de la niña, mencionando que el desarrollo intelectual infantil y la psicología de ésta han evolucionado según las distintas escuelas.

No existe una teoría capaz de explicar el desarrollo humano porque hay varias facetas que interaccionan unas con otras. ⁴

³ Hollaway P.J. Salud Dental Infantil. 1º Edición. Edit. Mundi S.A.I.C Yf. Argentina 1979, Pag. 13

Hay tres factores que rigen la conducta de la niña, como son; su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente.

La madurez y sus rasgos de personalidad, están sometidos a interferencias y demandas externas donde el adulto interviene, el ambiente puede ser variable y hasta cierto punto es controlado por nosotros. Para poder hablar del comportamiento psicológico de la niña de los dos años en adelante, tendremos que hacer una pequeña reseña de los periodos anteriores a los dos años.

La niña desde su concepción a su nacimiento, tiene una existencia protegida, y dentro de esta protección su desarrollo físico progresa a un estadio en que es posible la supervivencia.

En el periodo neonatal la niña es sometida a un shock físico tras otro, ya que esta expuesta a una temperatura más baja de la que está acostumbrada, a ver la luz, etc., pero estos estímulos son esenciales para el desarrollo ulterior, en su sistema nervioso central existen reflejos básicos para su supervivencia. Hay reflejos esenciales como son la deglución, misma que empieza desde el útero y queda bien establecida al nacer.

El reflejo de prensión es de poco uso para la niña, pero para el bebé mono es muy importante ya que se cuelga de su madre mientras ella usa ambas manos para viajar en los árboles⁵

En el primer año la niña pasa por varias etapas de desarrollo que son de sumo interés.

⁵ Hollaway P.J. Salud Dental Infantil. 1° Edición. Edit. Mundi S.A.I.C Yf. Argentina 1979, Pág. 15

Los eventos sociales primordiales son el desarrollo de uniones sólidas y firmes con el adulto. En esta edad empieza a tener signos de independencencia, se resiste a cumplir órdenes verbales, a menudo hace rabieta y su palabra favorita es "no", el tratamiento odontológico deberá ser lo más rápido posible y se deben emplear técnicas cortas y simples ⁶

En las niñas de 2 años el surgimiento de las habilidades fonéticas le permiten aprender y relacionarse con la familia. A esta edad buscan ejercer su voluntad y la necesidad de probar su independencencia. Los patrones de conducta se vuelven relevantes y perduran los años venideros. ⁷

Tiene mayor estabilidad emocional, puede esperar periodos cortos y tolerar, es una edad fácil con relación a los aspectos de comportamiento, por lo que realiza ordenes sencillas.

Dentro de la edad de los 3 a los 6 años, desde el punto de vista cognoscitivo es una etapa de cambios enormes, la capacidad de razonar aumenta considerablemente, es un periodo denominado por Piaget como preoperatorio porque comienza al termino de la sexta etapa del periodo sensitivomotor hacia los 18-24 meses y dura hasta los 6 o 7 años.

Piaget considera que la primera parte de la fase preoperatoria es preconceptual y dura hasta los 4 años de edad.

⁶ Barberia Lenache E. Odontopdiatria. 2º Edición. Edit. Masson. Barcelona 2001. Pág.. 116

⁷ Pinkham J.R.B.S., D.D.S. Odontologia Pediátrica. 2º Edición. Edit. Interamericana.McGraw-Hill. México. 1996 Pág.. 151.

En esta etapa hay un desarrollo acelerado de la mente y los procesos mentales de la niña, tiene la capacidad de pensamiento simbólico y la representación de imágenes en la mente. Juega y elabora fantasías con símbolos mentales, aumenta sus habilidades cognoscitivas de manera inconmensurable, pero todavía se considera un pensamiento sencillo.

La mente proconceptual es centrada, es decir, es el proceso de centrar todos los pensamientos y razonamientos de cualquier problema mental en un solo aspecto y hace caso omiso de las restantes. Esta etapa va seguida del pensamiento intuitivo, que comienza hacia los 4 años y dura hasta los 7 u 8 años, en este periodo la niña tiene mayor capacidad para agrupar objetos según su categoría, con el empleo de pensamientos e imágenes complejas y hay una tendencia a la concentración.

Entre los tres y seis años la niña adquiere una comprensión de su identidad personal y la manera en que tiene que relacionarse con otras personas, hay un desarrollo del sistema de valores, se impone la disciplina a sus necesidades básicas, y emerge la conciencia de culpa.

Hay teorías que intentan explicar las razones de cambio psicosocial, según la teoría médico-psicoanalítica, la causa de los cambios de personalidad son las fantasías sexuales y la sensación de culpabilidad.⁸

La niña entre el nacimiento y los 5 años de edad pasa por varias etapas de independencia de su madre, goza de su capacidad de crear escenas y captar su poder para forzar situaciones.

⁸ Op. Cit. Pág. 204

Aprovecha cada oportunidad que tiene para burlar la autoridad materna cuando hay una represalia, en esta edad la visita al odontólogo puede ser una situación oportuna, pero su temperamento y desarrollo psicológico dependen de tantos factores que resulta imposible la predicción de la conducta.

Estas consideraciones son muy importantes por la reacción de la niña con el odontólogo y es la solución para ganar su cooperación y comunicación con él, con la independencia que la niña supone tener, que en realidad es una interdependencia, ella desarrolla capacidades de locomoción y destreza manual.

El control de esfínteres que la hacen más aceptable en el mundo de adultos. Aprende a comunicarse y entiende cosas sencillas. Su desarrollo social va acompañado de cambios físicos y emocionales, que reflejan directa e indirectamente la influencia ambiental.

De los 6 años en adelante, que es la edad escolar y es la aceptación de las normas sociales de conducta de la niña, "El llanto, los berrinches y otras expresiones de conducta desaparecen en las niñas normales como modos de expresar su frustración".⁹

Las niñas en esta edad de transición aprenden a recibir la satisfacción de manera ulterior. La posposición se refuerza por su participación en la escuela y es guiada de manera creciente hacia la dedicación de su tiempo a actividades más valiosas.

⁹ Pinkham. Op. Cit. pag. 353.

Buscan a sus padres u otras personas para emprender actividades nuevas, a los 12 años tienen una amplia gama de intereses y preferencias, emplean el tiempo en la satisfacción de sus intereses y preferencias; estableciendo jerarquías en ellos.

En este periodo la imagen corporal es una característica emocional de gran importancia, porque si a los 6 años no les interesa tener salsa de tomate en la cara a los 8 ó 10 años pueden sufrir intensamente por esta situación.

La mayoría de las niñas de 6 a 12 años, tienen una satisfacción emocional con la aceptación social de las de su misma edad, pero una mala aceptación y las bromas pesadas pueden tener efectos emocionales nocivos. En esta etapa es importante que la niña adquiera flexibilidad emocional con la ayuda de sus padres, maestros, etc.

Dentro de los cambios sociales que la niña presenta de los 6 a los 12 años, encontramos que es un periodo en que intensifica su atención en el logro de algunas aspiraciones ya preexistentes, al tiempo que la importancia de otras se minimiza o desaparece.

La capacidad de controlarse y de lograr su independencia aumenta con rapidez durante los primeros meses de asistencia a la escuela. Las amigas influyen mucho en ella, ya que la amistad es intensa, estable e importante.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DENTICIÓN TEMPORAL Y PERMANENTE

La erupción dentaria o el proceso por el cual hacen su aparición los dientes en la boca, se le considera un paso a la maduración biológica y mediador del desarrollo orgánico.

La edad dental del individuo expresa el grado de desarrollo ¹⁰

La erupción es el momento en el que el diente aparece en la boca, pero esta erupción no comienza hasta que se inicia el crecimiento de la raíz.

Moyer, distingue tres fases de la erupción:

1.- Fase preeruptiva

Es la etapa en la que completada la calcificación de la corona se inicia la formación de la raíz y migración intralveolar hacia la superficie de la cavidad oral.

2.- Fase eruptiva prefuncional

Es cuando el diente ya está presente en la boca sin establecer contacto con el antagonista.

¹⁰ Barbria, Op. Cit. Pag.325

3.- Fase eruptiva funcional

El diente ya establece una oclusión con el antagonista y los movimientos que ocurren van a durar toda la vida.¹¹

DENTICIÓN TEMPORAL

Es muy común que la erupción de los dientes temporales sea asintomática, presentando solo un ligero enrojecimiento e hinchazón de la mucosa oral, esto será sustituida por una pequeña isquemia en el punto en que el diente perfora la encía.

Los dientes temporales empiezan a erupcionar a los 6 meses de edad, siendo la secuencia:

CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN DENTICIÓN TEMPORAL

SUPERIORES		INFERIORES	
Incisivo central	7 meses ½	Incisivo central	6 meses
Incisivo lateral	9 meses	Incisivo lateral	7 meses
canino	18 meses	Canino	16 meses
Primer molar	14 meses	Primer molar	12 meses
Segundo molar	24 meses	Segundo molar	20 meses

Se pueden considerar pequeñas variaciones entre una niña y otra, atribuyéndoles una influencia genética. Pero a los 24 meses de edad han hecho aparición los 20 dientes de la dentición temporal. A los 3 años de edad, esta dentición está totalmente formada y en oclusión.

¹¹ Varela Morales Margarita. Problemas Bucodentales en Pediatría. Edit. Ergon. Madrid. 1999. Pág. 12-13

El proceso de reabsorción radicular es iniciado y estimulado por la erupción del germen del diente permanente.¹²

DENTICIÓN PERMANENTE

En la aparición de la segunda dentición hay una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y de la diferencia de sexo, pudiéndose admitir valores medios para los niños y niñas, teniendo un adelanto proporcional de 3 a 7 meses en las niñas.

Dentro de la cronología de la erupción encontramos que:

CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN DENTICIÓN PERMANENTE

SUPERIORES		INFERIORES	
Incisivo central	7 a 8 años	Incisivo central	6 a 7 años
Incisivo lateral	8 a 9 años	Incisivo lateral	7 a 8 años
canino	11 a 12 años	Canino	9 a 10 años
Primer premolar	10 a 11 años	Primer premolar	10 a 12 años
Segundo premolar	10 a 12 años	Segundo premolar	11 a 12 años
Primer molar	6 a 7 años	Primer molar	6 a 7 años
Segundo molar	12 a 13 años	Segundo molar	11 a 13 años

En esta etapa de recambio, encontramos la dentición mixta primera fase, y posteriormente tiene lugar el recambio en los sectores laterales y desde ese momento y hasta su finalización esta el período de la dentición mixta segunda fase.

¹² Barberia. Op. Cit. Pag. 330-331

Alcanzada esta situación, se debe hacer una diferenciación entre cada arcada, ya que la secuencia es diferente en ambas.

2. MARCO TEÓRICO

CONCEPTO Y TIPO DE HÁBITO:

"Es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto " ¹³

Es una costumbre que la persona adquiere por la repetición continua de una misma acción.

Los hábitos se caracterizan por:

- 1.- "Formación de conexiones temporales que tienen una fijeza considerable. La primera operación arrastra a las demás. Entrenamiento.
- 2.- Rapidez. No se piensa en la acción, no se tiene conciencia en el momento en que se realiza. El automatismo no es total, se toma conciencia posteriormente.
- 3.- Eliminación de algunas operaciones.
- 4.- No hay tensión al actuar. Movimientos extraordinariamente ligeros y libres.
- 5.- Coordinación de movimientos entre sí y con la vista.
- 6.- Ausencia de cansancio, gracias a la libertad, ligereza y coordinación de los movimientos.
- 7.- Las operaciones parciales pasan a formar un todo único.
- 8.- La percepción se hace exacta y diferenciada.
- 9.- Constancia y efectividad.
- 10.- Flexibilidad. Cambios dentro de los límites determinados de la manera de actuar al variar las condiciones en que se ejecuta la acción.
- 11.- Gratificación. Reforzamiento positivo.

¹³ Rosemarg Soybe de Agell. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Edit. Disinlimed C.A. Caracas. 1996 Pag. 575

12.- Transferencia e interferencia." ¹⁴

El hábito oral se clasifica en:

HÁBITO COMPULSIVO

Es cuando la niña a la edad de 3 años retira el hábito adquirido.

Pasando esta edad es fijo y se debe a agentes externos, siendo las causas principales de acuerdo a la mayoría de los autores la escasa alimentación, la deficiencia de cariño, ternura y abandono, entre otros.

"Cuando se ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de éste cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en el mundo" ¹⁵

HÁBITO NO COMPULSIVO

Se observa desde el nacimiento hasta los 4 años y se pierde cuando la conducta es cambiada, esto empieza a ocurrir cuando la niña comienza a madurar.

Hay 3 factores que modifican los hábitos:

- Intensidad
- Frecuencia
- Duración

INTENSIDAD: Es la fuerza con la que se realiza el hábito.

FRECUENCIA: Es la realización del hábito, cuántas veces es repetida durante el día o en un tiempo breve o lapso del mismo.

DURACIÓN: Es el tiempo que se tiene el hábito establecido

¹⁴ Rosemarg. Op. Cit. pag. 575

¹⁵ Rosemarg. Op. Cit. pag. 574

Estos datos son muy importantes porque de ellos dependerá el diagnóstico y el tratamiento correctivo

Para poder rectificar estos hábitos se debe conocer la etiología de cada uno de ellos y llevar a cabo una serie de pasos para un tratamiento correcto.

2.1 HÁBITOS NOCIVOS BUCODENTALES EN NIÑAS DE 2 A 8 AÑOS DE EDAD

2.1.1 SUCCIÓN DIGITAL:

Su origen debe ser asociado primordialmente a la actividad oral, ya que la boca en el ser humano es uno de los primeros órganos que se forman y donde aparecen las primeras manifestaciones de orden sensorial.¹⁶

Su capacidad sensitiva es muy importante porque durante las primeras etapas de vida es donde ejerce la mayor actividad biológica, fisiológica y psicológica. La niña al nacer desempeña la succión de manera rudimentaria al tocar el seno materno.

La succión primitiva no nutritiva como la tardía o recidiva constituyen los hábitos de succión pudiendo ser orgánica, digital, o lingual, labial, de la eminencia tenar, o de objetos: chupetes, ropa, muñecos, etc.¹⁷

Otro autor nos indica que es la aspiración de algún dedo, primordialmente el pulgar, lo cual se considera uno de los hábitos más comunes en los niños en un promedio de edad de entre 3 o 4 años. Aunque algunos autores señalan que es una conducta normal en la primera etapa de la infancia.

Se han mencionado teorías contradictorias en las cuales Mc Donald indica que se relaciona con la rapidez en la ingesta de los alimentos.

¹⁶ Romarg. Op. Cit. 579

¹⁷ www.cocm.org/revista/anterior/05_97/articuli.html-41k

Cuando la niña queda insatisfecha con la alimentación o con el afecto, descubre que la succión le recompensa esas carencia.

Este hábito se manifiesta como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, incorporados con la inseguridad o deseos de llamar la atención.¹⁸

La actividad psicológica es muy importante porque a través de ella recibe y expresa no sólo sensaciones sino sentimientos, porque el placer y afecto constituyen una simbiosis de integración emocional entre la niña y su madre. Las características de la actividad oral de la niña nos deja entender que el hábito de succión digital tiene una relación estrecha entre el desarrollo afectivo y emocional de ésta.

Dentro de las teorías psicoanalíticas basadas en los escritos de Freud quien afirma que la niña pasa por diferentes fases en su desarrollo mental, para que el hábito de succión digital sea satisfactorio, tiene que ser satisfecho durante la fase oral, pero si persiste en la siguiente fase del desarrollo emocional, se produce una "fijación" del hábito. Pero también puede ocurrir que la niña interrumpa el hábito al final de la fase oral y posteriormente como resultado de algún stress psicológico lo reanude denominándose "regresión".¹⁹

Otras escuelas de pensamiento consideran que cuando el lactante es alimentado, la respuesta de succión va seguida de estímulos gratificantes, por lo que se ve fortalecida o reforzada y probablemente ante situaciones semejantes se repitan, como la succión de dedo.

¹⁸ Barberia. Op. Cit. pag. 372.

¹⁹ Rosemarg. Op. Cit. 580

Otras de las causas del hábito puede ser el cambio brusco del pezón al biberón, lo que ocasiona algunas frustraciones para la niña, y la desadaptación que sufre, la compensa con la succión de su dedo.

Se hace mención que si este hábito es un refugio o un desfogue emocional, cada vez que se presente esta experiencia o un estímulo superior a su capacidad emocional, la niña acudirá al hábito y éste se arraigará en ella mucho más.²⁰

La teoría del aprendizaje neuromuscular justifica que los niños introducen un dedo en la boca para aliviar el dolor producido por la erupción de los primeros dientes.²¹

En las niñas a esta edad la succión la realizan apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras que la parte ungueal (perteneciente o relativo a las uñas) se apoya sobre los incisivos inferiores, por lo que los efectos de éste dependerán de la intensidad, frecuencia y duración del hábito, sin tener predilección de la mano.

El mantenimiento del hábito después de los 4 años es síntoma de carencia afectiva y emocional por lo que la niña utiliza el pulgar como mecanismo de compensación y en algunos casos es una forma de venganza hacia los padres.²²

²⁰ Rosemarg. Op. Cit. 580

²¹ www.cocem.org/revista/anterior/05_97/articulo-html-41k

²² Macdonald Raalph E. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6º edición. Edit. Mosby/Doymán Libros. Barcelona. Pág. 796

Algunos autores difieren entre la succión "significativa", la cual muestra la existencia de una relación psicológica directa causa-efecto y la succión "vacía" misma que refleja una acción de chuparse el dedo sin causa detectable.

Ni la alimentación materna ni el uso de mamilas tienen relación con el desarrollo del hábito de succionar el dedo, se ha encontrado una relación con el lugar que ocupa la niña entre sus hermanos, el hermano colocado en primer lugar tiene el porcentaje más elevado del hábito.²³



Fig. 1 Paciente de tres años y medio con hábito de succión digital

Se hace hincapié que si el hábito persiste en el periodo eruptivo de los incisivos permanentes superiores habrá un trastorno de la erupción, del alineamiento o en todo caso de ambos, lo anterior depende del grado de la intensidad, frecuencia y duración.

Es preciso mencionar que dentro de las anomalías más comunes se encuentran:

- mordida abierta
- mordida cruzada posterior

²³ Barber Thomas K. Odontología Pediátrica Edit. El manual Moderno SA DE CV. México. 1985. pag. 264

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- mordida cruzada anterior
- pérdida de espacio
- movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.

**FIG. 2-A****FIG- 2-B****Fig. 2**

- A) Se muestra la vestibuloversión, la mordida abierta y la fractura de los dientes superiores.
- B) Dedo con callosidad y herida abierta por el roce los incisivos inferiores de un paciente con hábito de succión digital.

Es muy importante mencionar que algunos autores señalan que la psicogénesis de este hábito es:

- Rivalidad entre los hermanos.
- Escapar de la realidad hacia la fantasía: niña solitaria y triste.
- Presencia de extraños: el nacimiento de un hermano.
- Múltiples problemas entre padres e hijos: sentirse disciplinado constantemente.

Para poder diagnosticar este hábito se realiza un examen de las manos y dedos del paciente, posiblemente se compruebe la presencia de 9 dedos con uñas sucias y uno perfectamente limpio y con callo, siendo el pulgar el más frecuente.

Dentro de la teoría de Freud menciona que este hábito es una representación inicial de la vida psicosexual, ya que su ejercicio conlleva a sensaciones o satisfacciones de orden sexual. Y enfoca la succión inicial como intuitiva y normal para el infante y la niña joven, ya que creen que tal actividad debe ser permitida, porque piensan que los infantes requieren cierto tiempo de succión.

Menciona que la succión prolongada después de la infancia y la niñez temprana la toma como iniciativa de los problemas emocionales. Freud nos dice que a esa edad que se le debe indicar a los padres que les demuestren más afecto y amor a sus hijos hasta que estén listos para dejar el hábito.

Pero la teoría del aprendizaje nos indica que el hábito de succión es una conducta aprendida que puede ser prevenida o suprimida sin secuelas.

Mencionando que la niña que tiene sus manos comúnmente cerca del pecho o de la cara es más probable de que sus dedos encuentren la boca, dando como resultado el hábito.

Esto fue llamado reflejo básico posicional, mencionando que el reflejo es el iniciador del hábito, siendo de naturaleza adaptativa porque permite a la niña recibir la alimentación, pero cuando el dedo o los dedos entran en contacto con el carrillo y después son chupados, la niña siente una satisfacción porque lo asocia con la alimentación.²⁴

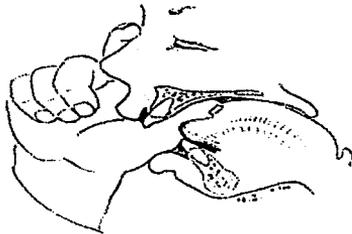


Fig. 3 Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión digital. Se observa la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que rodean la boca.

²⁴ Rosemarg. Op. Cit. pag. 583

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO:

En este hábito tenemos medidas terapéuticas como son las preventivas y curativas.

En las medidas preventivas, el equilibrio del medio familiar y el establecimiento de normas específicas que permitan a la niña satisfacer todas su necesidades tanto físicas como emocionales para su completo desarrollo.

Se debe verificar que la recién nacida quede satisfecha en su alimentación, debe sentir la compañía y el afecto del medio donde se encuentra, para no buscar sus propias satisfacciones en la succión digital.

Se hace mención que, los cuidados extremos generan estados de ansiedad, por lo que es muy probable que la niña se desahogue en el hábito, ya que cualquier exceso produce desadaptación que frenan o inhiben el proceso evolutivo normal para la formación de una estable y adecuada personalidad.

El amor que se le da a la niña no es verdadero cuando se le da una total complacencia y se crea un exceso de libertad, sino cuando hay un balance fiel de un profundo y adecuado afecto, orientándola para recibir del medio vivencias y estímulos positivos que enriquecen y robustecen su personalidad

Hay ciertos factores necesarios para tener éxito en la corrección del hábito como son:

- La cooperación incondicional de la niña, ya que en algunas ocasiones ella no considera la succión de su dedo como un problema, nosotros como

Cirujanos Dentistas debemos explicarle el daño que le está causando a sus dientes.

- La cooperación de los padres, explicándoles lo que se ha decidido hacer y como pretendemos lograrlo, haciéndoles hincapié que no deben regañar a la niña durante el tratamiento porque un disgusto o sanción puede reforzar el hábito en vez de frenarlo.

En las medidas terapéuticas curativas debemos conocer donde radica el problema que hace que la niña involucone en este aspecto. El tratamiento conlleva a cambios sustanciales en el medio ambiente familiar, como en la conducta que se sigue con la niña y en ocasiones es necesaria la consulta de los padres con el psicólogo.

Tenemos las técnicas extraorales capaces de recordarle a la niña de no succionar su dedo como pueden ser:

- Una cinta o banda adhesiva en el dedo. La banda se deja colocada hasta que la costumbre desaparezca
- Colocación de una sustancia desagradable o
- El uso de un guante completo

Sin embargo este tipo de tratamiento se percibe como un castigo, y puede no ser tan eficaz como un recordatorio neutral.

En la técnica intraoral la mayoría de los instrumentos que se colocan son sin el permiso de la niña y ésta los considera como un castigo que a la larga traen trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que alguna alteración dental, siendo estos instrumentos:

- La rejilla lingual fija o removible la cual no debe producir molestias ni dolor y menos debe interferir en la oclusión. Esta rejilla evita que la niña introduzca su dedo a la boca.
- Una placa palatina, pasiva y no funcional, que es útil como recordatorio conducente a abandonar el hábito.

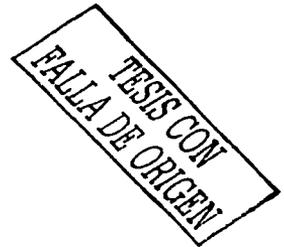
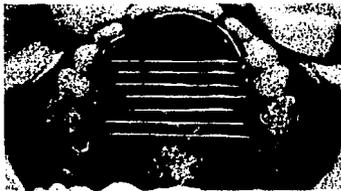


Fig. 4 Rejilla lingual que ayuda a restringir el hábito de succión digital

La mayoría de las niñas que utilizan estos instrumentos le añaden un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que ocasiona una aparente supresión del hábito y un cambio de actitud de una niña a feliz a una niña nerviosa.

Se debe de tomar en cuenta que cualquier dispositivo que lleve de la subconsciencia a la conciencia permitirá a la niña quebrar el hábito, si no lo necesita o desea más.

Los aparatos para corregir los hábitos deben de permanecer en la boca por lo menos 6 meses.

2.1.2 RESPIRADOR BUCAL

La respiración nasal es normal, pero hay diferentes factores como la desviación del tabique, mucosidades, gripes frecuentes o alergias que a la larga ocasionan que la respiración sea por la boca.

"En una época se clasificaba a los niños como respirador bucal si mantenían los labios separados y los dientes en una postura apenas separada" .²⁵

Todos lo niños con dificultades respiratorias desarrollan el mismo tipo de anomalías y éstas pueden ser consecuencias de otros hábitos deformantes de la infancia o una combinación de factores hereditarios o congénitos.²⁶

Hay que tener en cuenta que la respiración bucal también puede ser una costumbre adquirida desde el nacimiento debido a los malos hábitos en la succión y en la alimentación o a otros factores.²⁷

Las insuficiencias respiratorias pueden variar el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático de un individuo a otro.

²⁵ Raymond Braham L. Odontología Pediátrica. Edit. Panamericana. Argentina. 1984. Pág. 421

²⁶ Mayoral H. Guillermo. Ficción y realidad en ortodoncia. 1º Edición. Edit. Actualidades médicas odontológicas. 1997. Pág. 150

²⁷ www.cemij.edu.ar/PUBL/LOS_HABITOS.ht.

Barber menciona que las niñas que respiran por la boca debido al tejido linfoide hipertrófico tienen una tendencia de crecimiento facial más vertical y una maloclusión de clase II y clase III. Hay encías hiperplásicas e inflamadas debido a la exposición continua del tejido al aire seco.

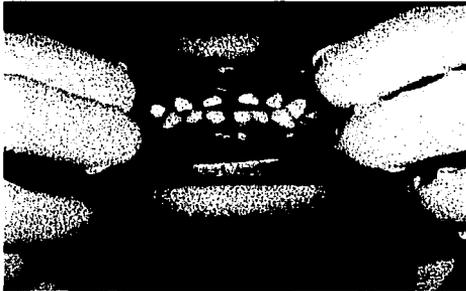


Fig. 5 Paciente que muestra encías inflamadas por la respiración bucal



Fig. 6 Paciente respirador bucal, mostrando falta de sellado labial

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando se ha corregido el problema nasal ya sea por cirugía o el tratamiento precoz y la niña persiste en respirar por la boca es porque este hábito adquirido se ha arraigado. Esto lleva a una posición más inferior de la lengua desestabilizando el equilibrio de fuerzas lengua-musculatura perioral sobre el maxilar produciendo estrechamiento y abombamiento del paladar.

Las características más comunes de un respirador bucal son sobrerupción de molares, posterorotación de la mandíbula dando una imagen de cara alargada y estrecha.

Hay un predominio de los músculos elevadores del labio superior haciendo que se dirija hacia arriba y adelante, sin haber contacto con el inferior, el labio superior es corto e hipotónico y actúa sobre los incisivos superiores inclinándolos hacia delante habiendo una protrusión dentoalveolar. En tanto que los inferiores no contactan con los superiores, se produce una egresión de los mismos que es seguida por el labio inferior que se coloca entre ambos incisivos empujando hacia fuera a los superiores.

TRATAMIENTO:

En primer lugar la visita con el Otorrinolaringólogo es primordial.

Mientras no se corrijan las anomalías dentarias con tratamiento ortodóntico no se podrá tratar la hipotonicidad de los labios. Mayoral menciona que hasta la fecha no hay ninguna mioterapia que incremente la tonicidad del orbicular de los labios, pero el resultado de ésta puede ser muy variable para alcanzar un sellado de los labios.

Sin embargo hay cirujanos dentista, que recomiendan ejercicios mioterápicos para entrenar la respiración.

- Con un espejo tipo Glatzel con la boca cerrada, tiene que realizar varias inspiraciones y expiraciones por la nariz hasta empañar el espejo, después alternativamente tiene que respirar por cada una de las narinas.
- Colocar un pedazo de oblea entre los labios cuando la niña este viendo T.V. lea, etc. aumentando progresivamente la duración.

Para el aumento de la tonicidad de los labios recomienda:

- Poner un botón anudado con un hilo en el vestíbulo bucal, se tira del hilo y la niña no dejará escapar el botón con la fuerza de los labios.
- Sujetar un lápiz en el centro de los labios sin bajarlo ni levantarlo hasta contar 8.

Para alargar el labio superior:

- Morderse el labio superior con los incisivos inferiores
- Sujetar el labio superior con los dedos y tirar hacia abajo lo máximo posible.
- Mantener una goma debajo del labio superior y tener los labios cerrados

2.1.3 BRUXISMO (briquismo, bricomania o bruxomania)

Es el frotamiento con fuerza de los dientes ya sea en dentición temporal o permanente, es muy común que se presente por las noches. Es un hábito inconsciente o consciente, que trae como consecuencia dolor o sensibilidad en los músculos temporales, en la región de la articulación temporomandibular y puede a la larga provocar enfermedad periodontal. Es una respuesta a la tensión nerviosa o al stress.²⁸

Rosemarg, indica que "el bruxismo es un movimiento mandibular no funcional, voluntario o involuntario que se realiza durante el día o la noche con manifestaciones de rechinar o apretamiento ocasional o habitual de los dientes"

El bruxismo se define como el frotamiento o rechinar no funcional de los dientes.²⁹

Sabemos que el bruxismo tiene una doble etiología: la tensión emocional y las interferencias oclusales, pero el factor principal es el psicológico, que está representado por una expresión inconsciente de agresividad y rabia.

El bruxismo puede ser sintomático de un estado de salida parcial del sueño y puede ser desencadenado por algún estímulo externo o interno, físico o emocional.

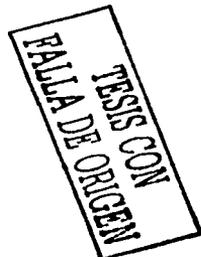
²⁸ Raymond. Op. Cit. pág. 420

²⁹ McDonald. Op. Cit. pág. 744

"En el campo de la psiquiatría se comprobó que el bruxismo aparece con mayor frecuencia en personas dependientes, hostiles, envueltas en conflictos vivenciales de larga evolución, personas que gradualmente llegan a situaciones más o menos intolerables."³⁰

Las características más comunes que presentan los pacientes con este hábito son:

- Las coronas de los molares son aplanadas, y hay desgaste lingual de los dientes anteriores.
- Reducción de la dimensión vertical, en casos muy avanzados
- Ensanchamiento del ligamento periodontal y mayor densidad del hueso alveolar.
- Movilidad dentaria desmedida por la pérdida ósea que no se explica.
- Sonidos audibles percibidos por otras personas.
- Sensibilidad de los músculos de la masticación
- Síntomas de la articulación temporomandibular.



³⁰ Rosemarg. Op. Cit. pág. 591

TRATAMIENTO:

El paciente con dentición permanente debe usar un protector de mordida de vinilo que cubra las superficies oclusales de todas las piezas dentales, esta superficie oclusal debe ser plana para evitar las interferencias

Para la dentición temporal en la que apenas están erupcionando los primeros molares permanentes y donde los temporales ya tienen totalmente abrasionadas las coronas, es necesario colocar coronas de acero inoxidable para rescatar la dimensión vertical y restaurar el tejido coronario dañado.

El ajuste oclusal que se hace debe ser combinado con un tratamiento psicológico.

En el tratamiento se deben eliminar las causas que producen el hábito, y si la etiología tiene fundamento en el ambiente familiar se recomienda que los padres hablen con el odontólogo.

El psicólogo les recomendará la terapia de relajación que consiste en:

- 1.- un ambiente sereno
- 2.- un recurso mental, como una palabra o frase que sea repetida de manera pacífica una y otra vez
- 3.- adopción de una actitud pasiva que es tal vez el más importante de los elementos
- 4.- una posición cómoda.

La práctica de esta terapia debe durar por lo menos 10 ó 20 minutos, una o dos veces al día.

Se hace hincapié que el bruxismo puede aparecer modificado bajo la forma de masticación excesiva de chicles, morder nueces o dulces, morder cadenas, y se supone que todos estos hábitos tienen como base el rechazo materno, que puede haber adoptado distintas formas durante la niñez temprana. Ya que ellas necesitan llenar necesidades insatisfechas de su infancia suministrando una gratificación bucal satisfactoria.

Cuando el hábito aparece y desaparece clínicamente, se dice que es desencadenado por conflictos actuales que reactivan sentimientos tempranos de inferioridad y rechazo.³¹

2.1.4. MORDIDA DE LABIO (Quilofagia)

Habitualmente este hábito es desconocido por los padres, las lesiones son más discretas que las traumáticas por accidentes o posteriores a la anestesia.³²

Regularmente el niño que adquiere este hábito suele estar pasando por un stress emocional, y frecuentemente es el resultado de conflictos en la escuela o en el hogar.

³¹ Rosemarg. Op. Cit. pág. 593-594

³² Raymond. Op. Cit. pág. 421

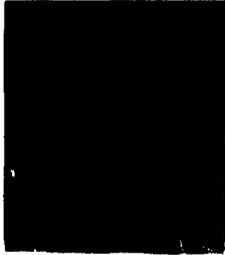


Fig. 8 Paciente que tiene el hábito de quilofagia.



TRATAMIENTO:

La corrección de este hábito es la combinación del psicólogo infantil, psiquiatra o consejero de familia con el cirujano dentista.

Raymond menciona que la responsabilidad del odontólogo es llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico.

2.1.5. SUCCIÓN DE LABIO

Es un hábito constante que produce una lesión semicircular en el labio inferior, y está sujeta a grietas e infecciones sobreagregadas como el impétigo.³³

³³ Raymond. Op. Cit. Pág. 421

Barber indica que este hábito es semejante a la succión del dedo, ya que hay presencia de mordida abierta anterior.

Dentro de este hábito encontramos que lamerse y chuparse los labios, ocasiona enrojecimiento, inflamación y la resequedad de los mismos y de tejidos peribucales. Su tratamiento puede ser paliativo y se limita a la humectación de ellos.³⁴

En este hábito hay presencia de un resalte incisivo. Las características más comunes es que la niña interponga el labio inferior de forma repetida entre los incisivos superiores e inferiores, dando como resultado una inclinación de los incisivos superiores hacia delante e inclinación de los incisivos inferiores hacia detrás.

TRATAMIENTO:



Hay necesidad de colocar una pantalla vestibular, la cual es una lámina de resina acrílica colocada por detrás de los labios desde la parte superior hasta la inferior.

Otro tratamiento es el arco labial o paralabios que es un aparato fijo que evita la interposición del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores y alivia la presión del músculo buccinador y el labio inferior sobre la dentición.

³⁴ Pinkham. Op. Cit. 379

2.1.6 SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Está consiste en la succión de dedos, chupetes y otros objetos, y es considerada en varias etapas del desarrollo de la niña, parte normal del desarrollo fetal y neonatal. El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13 a 16 de gestación.

Esta succión guarda una relación estrecha con los reflejos presentes al nacimiento, el de búsqueda: con el movimiento de la cabeza y la lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, regularmente es el pecho materno, los dedos o un chupete. Este reflejo desaparece en los lactantes normalmente a la edad de 7 meses, esta desaparición no significa que el lactante deje de succionar, pero ya ha aprendido a alimentarse sin necesidad de usar el reflejo para este fin.

Durante la succión, el lactante coloca la lengua bajo el pezón, en contacto con el labio inferior y deglute con los maxilares separados y los labios juntos, lo que se denomina deglución infantil.³⁵

La succión no nutritiva se considera normal y universal. Algunas niñas con frecuencias combinan el hábito no nutritivo con otra actividad repetitiva, como es chuparse el dedo, jugar con su cabello .

³⁵ Pinkham. Op. Cit. 212

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los efectos de la succión no nutritiva en la dentición en desarrollo son mínimos en niñas hasta los 3 años y solo ocasiona cambios en la posición de los incisivos.

TRATAMIENTO:

Pinkham menciona que está contraindicado desalentar la succión no nutritiva en los primeros meses de vida, ya que un periodo de espera vigilante tiene éxito por que la mayoría de las niñas abandonan el hábito entre los 2 ó 4 años de edad.

2.1.7 PROYECCIÓN LINGUAL

La proyección lingual es característica de las degluciones infantiles y transitorias.

Se dice que la proyección de la lengua es una secuela de la succión digital, por lo que mantiene la sobremordida abierta o incompleta.

Raymond menciona que la proyección lingual es un hábito compensatorio, en especial en pacientes con labios que no ocluyen.

A pesar de que la lengua es capaz de ejercer fuerzas, se debe considerar la duración y la frecuencia. Este hábito sólo se produce al deglutir y la duración de la proyección o fuerza es de 1,2 segundos, la deglución se produce 1,000 veces por día.

Se dice que para que exista movilidad en los dientes la fuerza tiene que ser aplicada más de 8-14 horas por día y para que sea realmente eficaz debe ser aplicada las 24 horas.

El lugar donde se coloca la lengua al deglutir no es tan importante como aquel donde se posiciona usualmente. Si es entre los dientes impide la erupción de los mismos y produce una sobremordida incompleta.

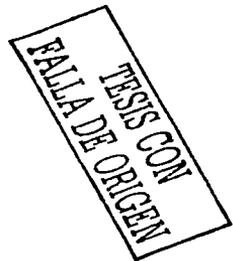
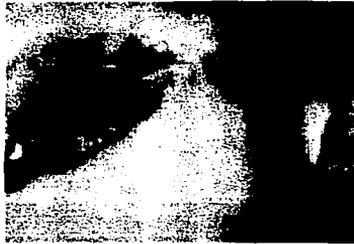


Fig. 9 Paciente de 4 años de edad con hábito de protrusión lingual ocasionado por la pérdida prematura de los incisivos temporales.

TRATAMIENTO:

El tratamiento ortodóntico consiste en la corrección de la maloclusión, que será tras la erupción de todos los dientes permanentes.

Puesto la lengua se adapta rápidamente al nuevo medio y en la mayoría de los casos no existe la necesidad terapéutica funcional.

En todo caso si hay necesidad, se colocará una pantalla vestibular.



Fig. 10 Pantalla Oral con dispositivo intraoral, que ayuda al posicionamiento lingual correcto y permite la realización de ejercicios para recordarle a la niña la posición correcta.



Fig. 11 Aspecto intraoral de un paciente tras la colocación de una rejilla lingual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.8 ONICOFAGIA (Mordedura de uñas)

Este tipo de hábito es muy frecuente en la edad escolar, observándose en los dos sexos por igual, se acentúa en situaciones de preocupación o de tensión. En los infantes se considera una necesidad normal desarrollada después de la edad de succión (3-4 años).

Las niñas con onicofagia son hiperactivas, autoritarias, y exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, dando como resultado que descarguen su energía en este hábito.

La etiología se relaciona con la existencia de inestabilidad psicomotora, acompañada de cierto grado de tensión, nerviosismo, rivalidad entre hermanos o una inadaptación al medio escolar.

La onicofagia puede producirse junto con otros hábitos como la succión, que puede responder a la tendencia de apartarse del medio ambiente. La onicofagia soluciona problemas conflictivos, actuando como un movimiento impulsivo que ha realizado ya su primera etapa, para hacerse expresivo. La tendencia a la destrucción y a la agresividad manifiesta se traspone a un plano simbólico.³⁶

Este hábito pernicioso se considera que no produce maloclusiones ya que la fuerza o las tensiones aplicadas al morderse las uñas son muy semejantes al proceso de masticación.

³⁶ Rosemarg. Op. Cit. pág. 575

Dentro de los efectos sobre los tejidos se encuentra la:

- Atrición de los dientes anteriores
- El desajuste social y psicológico.

En aquellos casos en los que se encuentra alguna maloclusión, es porque está relacionado con otro tipo de hábito como la succión.



Fig. 12 Paciente mostrando hábito de onicofagia



Fig.13 Manos de una niña de 4 años que padece de onicofagia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO:

Rosemarg indica que el tratamiento sintomático por el castigo o por la limitación física da pobres resultados. La tolerancia, paciencia y oportunidades para mejor ajuste personal pueden eliminar las tensiones y pueden dar mejor resultado.

En algunos casos, cuando el paciente va madurando suele desaparecer o ser sustituido por otro objeto, como son: cigarros, lápices, etc., ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

2.1.9 HÁBITOS MASOQUISTAS

No es muy frecuente que se encuentren niñas con este tipo de hábito, pero es muy importante que se describa para conocer sus manifestaciones y su existencia.

Aquí el paciente usa sus uñas para rasgar el tejido gingival del área labial de cualquier diente de la arcada inferior, se presenta a nivel del canino.

Dentro de las manifestaciones hay dolor, inflamación, exposición del hueso alveolar.

TRATAMIENTO:

En primer lugar se le tiene que dar una ayuda psicológica a la niña, ya que se imagina que es producido por una tensión emocional.

Se le puede colocar cinta adhesiva en los dedos del paciente para evitar su acción.

2.1.10 CUERPOS EXTRAÑOS LLEVADOS A LA BOCA

Este tipo de hábito está relacionado con la inmensidad de objetos y cosas, que se llevan a la boca siendo difícil de describirlos, con frecuencia los que utilizan en sus tareas diarias por ejemplo: al estar en la escuela, estas niñas muerden la goma, el lápiz, la regla, tapones de plumas, etc. o al estar jugando, se meten a la boca, los zapatos de la muñeca, las pinzas para el cabello, los peines, etc.

Algunas de las causas por las que se desarrolla este hábito, es por placer, evasión de realidades adversas canalizándolas en estas acciones.

Este hábito es efectuado por un solo lado a nivel de caninos, esto ocasiona que la armonía en la oclusión se rompa, porque llega a ocasionar giroversión de uno o varios dientes.

3.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Se han reportado en varios estudios, un significativo número de niñas con hábitos nocivos bucodentales, lo que representa un problema de salud, por lo tanto es importante conocer cual es el hábito que con mayor frecuencia se presenta en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología para establecer estrategias que prevengan los hábitos nocivos.

4.- JUSTIFICACIÓN

Conocer que hábitos nocivos se presentan con mayor frecuencia en las niñas que acuden a la clínica de odontopediatría, para que en un futuro se realice un programa de orientación dirigido a los padres con el fin de prevenirlos o erradicarlos.

5.- HIPÓTESIS

H1 La succión digital es el hábito nocivo bucodental más frecuente que se presenta en las niñas que acuden a la clínica de odontopediatría.

Ho1 La succión digital no es el hábito nocivo bucodental más frecuente que se presenta en las niñas que acuden a la clínica de odontopediatría.

H2 El hábito de protrusión lingual ocupa el 2° lugar de preferencia en las niñas que acuden a la clínica de odontopediatría.

Ho2 La protrusión lingual no es el hábito que ocupa el 2° lugar de preferencia en las niñas que acuden a clínica de odontopediatría.

H3 La onicofagia se presenta en niñas que son hijas únicas

Ho3 La Onicofagia no se presenta en las niñas que son hijas únicas.

6.- OBJETIVOS

6.1.- OBJETIVO GENERAL:

Identificar los hábitos nocivos bucodentales que presentan las niñas que acuden del 27 de febrero al 26 de marzo de 2003 a la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología.

6.2 OBJETIVOS ESPÉCIFICOS:

- Determinar la edad en que se presentan los hábitos.
- Conocer las características de los hábitos.
- Determinar el tiempo de evolución del hábito.
- Conocer la forma de alimentación (natural o con biberón)

7.- METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODO:

Se pidió autorización verbalmente al encargado de la clínica de odontopediatría para trabajar con los padres de las niñas que acuden a ella.

Apliqué un cuestionario a los padres de las niñas, pasando uno por uno, una vez que se habló con los padres y si alguna de las niñas presentaban un hábito, se procedía a tomarle fotografías con la autorización o consentimiento informado del tutor.

RECURSOS:

HUMANOS:

- 1 Pasante de carrera de cirujano dentista
- 1 Cirujano Dentista adscrito a la clínica de odontopediatría de al facultad de odontología-UNAM.
- 1 director
- 2 asesores

FINANCIEROS Y DE INFRAESTRUCTURA:

- Clínica de odontopediatría de la facultad de odontología.
- Biblioteca de la facultad de odontología-UNAM.
- Sala de computo de la facultad de odontología-UNAM

MATERIALES:

- Computadora
- Impresora
- 2 marcadores
- 2 lápices
- 6 diskettes 3 ½
- Cámara fotográfica Cannon
- Rollo fotográfico

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Niñas que demandan tratamiento dental en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología-UNAM del 27 de febrero al 26 de marzo de 2003.

MUESTRA:

35 niñas de 2 a 8 años de edad que acudieron a tratamiento odontológico a la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Edad
- Ocupación de los padres

- Número de hijos
- Lugar que ocupa la niña entre sus hermanos
- Fue amamantada con seno la niña
- ¿Por cuánto tiempo?
- La amamantaron con biberón
- ¿Cuánto tiempo lo usó?
- Usó chupón distractor
- ¿Cuánto tiempo?
- Se chupa el dedo
- Succiona alguno de sus labios
- Proyecta la lengua
- Se muerde las uñas
- Mantiene la boca abierta
- Rechina los dientes
- Ronca al estar durmiendo.

VARIABLES PENDIENTES:

- Chuparse el dedo
- Morderse las uñas
- Succionar alguno de sus labios
- Bruxismo
- Proyectar la lengua

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Ocupación de los padres
- Edad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niñas de 2 a 8 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no sean de sexo femenino
- Niñas menores de 2 años y mayores de 8 años
- Niñas que no quieran participar en el estudio.

8.- RESULTADOS

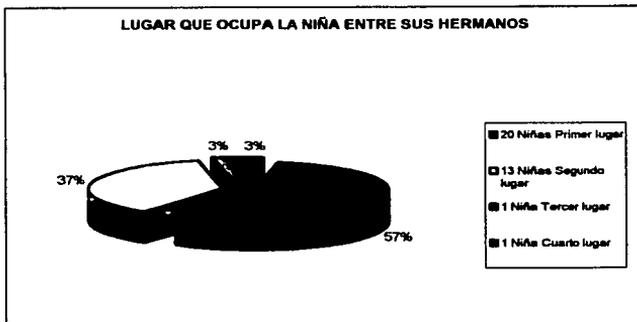
En el estudio que se realizó en la clínica de odontopediatría de facultad de odontología con las 35 niñas de 2 a 8 años de edad, del periodo que comprende del 27 de febrero al 26 de marzo de 2003, dió como resultado que la protrusión lingual y la onicofagia se presentó en un 5.71% respectivamente, mientras que la succión digital, el bruxismo y el hábito de llevarse objetos a la boca estuvo presente en un 2.85%.

La respiración bucal y el chuparse alguno de sus labios no se presentó. De estas 35 niñas el 28% no presentó ningún hábito nocivo bucodental.

Cabe mencionar, que una de las niñas que se chupaba el dedo también se mordía las uñas.

En el total de la población de estudio, encontramos que el 77% fue alimentada con pecho materno y el 23% con biberón. De las niñas que utilizaron biberón el 25% presentó algún hábito. Se sospecha que este hábito es producido por la falta de cariño que se produce con el contacto del pecho materno con la niña.

Gráfica No. 1



Fuente Directa

NINAS	LUGAR QUE OCUPA	PORCENTAJE
20	Primero	57 %
13	Segundo	37.14%
1	Tercero	2.85%
1	Cuarto	2.85%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Grafica No. 2



Fuente directa.

HÁBITO	NINAS	PORCENTAJE
Succion digital	1	2.77%
Protrusión lingual	2	5.55%
Onicofagia	2	5.55%
Bruxismo	1	2.77%
Muerde labio	1	2.77%
Sin hábito	28	80%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfico No. 3

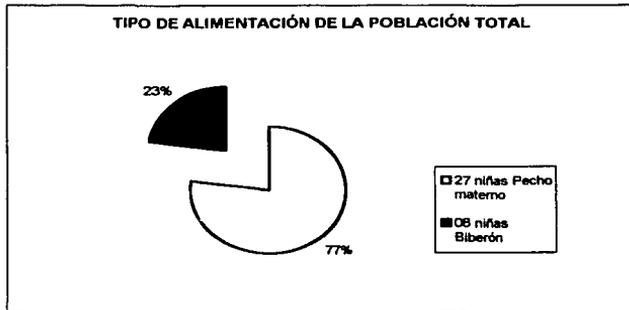


Fuente directa

HÁBITO	NIÑAS	PORCENTAJE
Succion digital	1	7%
Protrusión lingual	1	7%
Onicofagia	1	7%
Sin hábito	12	79%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No. 4



Fuente directa

ALIMENTACION	NINAS	PORCENTAJE
Biberón	08	23%
Protusión lingual	27	77%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9.- CONCLUSIONES

Es indudable la gran importancia que tiene para el odontólogo general, y el odontopediatría el estudio de los hábitos orales, desde su psicogénesis hasta los efectos que éstos pueden producir, no sólo para instaurar un tratamiento dental adecuado, sino para orientar a los padres, obteniendo así, el mayor beneficio para el paciente, ya que de esta manera éste será atendido en forma integral.

La existencia de un hábito de succión digital hasta los 2 años, es considerada normal. Su persistencia más allá de esa edad es perniciosa, las alteraciones en las posiciones o funciones de la boca o de reposo pueden tener notable influencia en la región bucofacial en desarrollo.

Para obtener resultados favorables en la corrección de los hábitos orales, el odontólogo debe ganarse la confianza del niño, brindándole ayuda estable y que el paciente quiere ver en el profesional un apoyo que le ayude a eliminar el hábito.

Es un mal procedimiento ridiculizar o retar al niño castigándolo, ya que esto puede producir una mayor fijación del mismo. Los castigos o la represión encontrarían normas específicas de educación, donde lo más importante debe ser estimular lo positivo y no reprimir lo negativo.

Los autores revisados aconsejan iniciar un tratamiento con métodos psicológicos motivando al niño y buscando su colaboración. Si no fuera

haciendo hincapié en su carácter recordatorio para ayudar a eliminar el hábito y en ningún caso el niño deberá considerarlo como castigo.

Finalmente es importante destacar que de 35 pacientes revisados, el 20% presentaba algún hábito, lo cual representa un problema de salud; por tal motivo, es necesario orientar a los padres en las escuelas a nivel preescolar sobre estos hábitos, para así, poder prevenirlos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Barberia Leanche E, *Odontopediatría*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
- 2.- Barber Thomas B. *Odontología Pediátrica*. México: El Manual moderno; 1985.
- 3.- Braham. L Raymond. *Odontología Pediátrica*. Argentina: Panamericana; 1984.
- 4.- Hollaway P.J. *Salud Dental Infantil*. 1ª ed. Argentina: Mundi S.A.I.C.y F.; 1979.
- 5.- Mayoral H. Guillermo. *Ficción y realidad en ortodoncia*. 1ª ed. Actualidades médicas; 1997.
- 6.- McDonald Ralph E. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6ª ed. Barcelona: Mosby/Doymán Libros.
- 7.- Pinkham J.R.B.S.,D.D.S.,M.S. *Odontología Pediátrica*. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana;1996.
- 8.- Rosemarg Sorbe de Agell. *Conceptos básicos en odontología pediátrica*. Caracas: Disinlimed;1996.
- 9.- Stockfisch Hugo. *Ortopedia de los maxilares*. 1ª ed. Argentina.
- 10.- Varela Morales Margarita. *Problemas bucodentales en pediatría*. Madrid: Ergon; 1999.
- 11.- www.actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp-101k

12.- [www.cemic.edi.ar/PUBL/LOS HABITOS. htm](http://www.cemic.edi.ar/PUBL/LOS_HABITOS.htm).

13.- www.come.org/revista/anterior/09_97/articulo-htm137K

14.- www.come.org/revista/anterior/05_97/articulo-htm1-47k

15.- www.encuentra.com/incluides/documento.php?jdoc=25318,idSec.

16.- Moita Nilce. *Rev. Saúde Pública. Relacao entre hábitos e má oclusao em pré-escolares*, Vol. 34. No. 2.P.229-03

11. ANEXOS

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE HÁBITOS NOCIVOS PARA LA SALUD
EN LA POBLACIÓN FEMENINA.
(ESTUDIO DE CASO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA-U.N.A.M.)**

CUESTIONARIO

Fecha:.....

Nombre de la niña:..... Edad:.....
 Fecha de nacimiento:..... Sexo:.....
 Lugar de nacimiento:..... Dirección:.....
 Teléfono:.....
 Nombre de la persona que proporciona esta información.....
 Relación: madre..... Padre:..... Otra:.....
 Ocupación de la madres:..... Ocupación del padre:.....
 ¿No. de hijos?..... ¿Qué lugar ocupa su hija?.....
 ¿Su hija fue amamantada?: Sí..... No..... ¿Durante cuánto tiempo?.....
 ¿Se le alimento con biberón? Si..... No..... ¿Cuánto tiempo?.....
 ¿Usó chupón? Si..... No..... Con azúcar..... sin azúcar.....
 ¿Cuánto tiempo?..... Se ha dado cuenta si su hija se chupa algún dedo: si..... No.....
 ¿Cuál?..... ¿Desde hace cuánto tiempo lo hace.....
 Ante que situaciones lo hace.....
 Se ha dado cuenta si su hija saca la lengua al hablar: si..... no.....
 al comer : si..... no..... al pasar saliva: si..... no.....
 ¿Hace cuánto tiempo se dio cuenta?..... Ha notado si su hija mantiene la boca abierta por mucho tiempo: si..... no.....
 Emite sonidos al dormir como ronquidos, silbido o rechina los dientes: si..... No.....
 Ha notado si su hija se chupa el labio constantemente: si..... no.....
 ¿Qué labio succiona? Superior..... inferior..... Se ha

dado cuenta si su hija se muerde la uñas : si..... no..... ¿ante qué situaciones lo hace? Cuando ve la T.V..... cuánto esta nerviosa..... otra..... Se ha dado cuenta si su hija muerde algún objeto como: lápices, palillos, etc. Si..... No.....