



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CAUSAS Y EFECTOS DE LOS HABITOS
ORALES EN NIÑOS**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

JUAN CARLOS ORTIZ FASCINETTO

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the author or a reviewer.



México, D. F.

1984



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.

I N D I C E

CAUSAS Y EFECTOS DE LOS HABITOS ORALES EN NIÑOS

1. INTRODUCCION
2. HISTORIA
3. DEFINICION
4. ASPECTOS PSICOLOGICOS QUE PARTICIPAN EN EL DESARRO
LLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.
5. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES DEL NIÑO E --
INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE HABITOS ORALES.
6. DESARROLLO DE HABITOS BUCALES POR PROBLEMAS DE ALI
MENTACION.

A) PARTICIPACION DE LA DEGLUCION EN LA FORMA--
CION DE HABITOS.
7. HABITOS ORALES EN GENERAL.
 - 7.1 ETIOLOGIA
 - 7.2 DIAGNOSTICO
 - 7.3 TRATAMIENTO

INTRODUCCION

Esta obra tiene como fin el estudio de los diferentes hábitos orales que afectan la población infantil, observando los diferentes trastornos que nos provocan en los tejidos orofaciales.

Enfocaremos principalmente, las causas y los efectos de estos hábitos, ya que sin conocer esto no podríamos emitir un buen diagnóstico y por lo tanto no realizaríamos un tratamiento adecuado.

Trataremos los aspectos psicológicos que se interrelacionan con la formación de hábitos orales, así como las malformaciones que provocan éstos en los tejidos duros y blandos de la boca.

Es necesario que todo odontólogo conozca todos estos principios básicos, ya que es mucho más fácil llevar a cabo el tratamiento de un hábito, cuando aún no está plenamente establecido, que cuando ya forma parte de la personalidad del niño y es más difícil retirar el hábito.

HISTORIA

Desde hace mucho tiempo ha existido un creciente interés por el niño, ya que la infancia es una parte especial del ciclo de la vida, ya que ésta ejerce una enorme influencia en su desarrollo posterior.

Hace tres siglos, en Europa Occidental se les consideraba a los niños como "ADULTOS PEQUEÑOS" y desde el momento en que podían cuidarse por sí mismos. Esto provocaba la temprana convivencia con personas adultas, copiando todos los hábitos que tenía, sin saber si eran buenos o malos, ya que no recibían una orientación adecuada.

Posteriormente, en el siglo XVII, clérigos y humanistas de esta época, comenzaron a recomendar la separación de niños respecto a los adultos. El niño se convirtió en una persona especial y la educación moral fue uno de los objetos principales de la vida escolar. Desde entonces se consideró que la experiencia y la educación del niño eran los determinantes fundamentales de su desarrollo, ya que el niño poseía un conocimiento intuitivo de lo bueno y lo malo, al

cual deformaban las restricciones que le imponía la sociedad, provocando con ello como un escape a éstas, el desarrollo de hábitos, -- consecuencia del ajuste psicológico.

Durante este siglo las teorías psicológicas que han ejercido la mayor influencia en los estudios actuales del niño son: la Teoría del Aprendizaje, el Psicoanálisis, las Teorías de Piaget y los trabajos de Freud y Plasset.

La Teoría Psicoanalista de Freud se ocupa fundamentalmente del desarrollo de la personalidad, de los problemas emocionales y las -- neurosis; clasificando ciertas fases de la infancia, como periodos -- bucales y anales.

Con esto se llegó a tener una aguda conciencia de la enorme influencia que tiene el ambiente de los primeros años de vida del niño en los desajustes emocionales posteriores, teniendo como síntoma, en muchos casos, la presencia de uno o varios hábitos.

Engel, afirmaba que la observación directa de los niños en su -

primer año de vida, revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto.

Se han observado fluoroscópicamente en el niño antes de nacer, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

A medida que se desarrolla su vista y su oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído, de esta forma, examina los objetos por medio de sensaciones bucales; este reflejo de succión, así como la necesidad del niño de agarrarse a su madre, influyen en éste en sus situaciones iniciales de aprendizaje y en su desarrollo psíquico.

Existen varias teorías con respecto a la succión digital, algunas de ellas dicen que: "El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto del pecho materno", con esto, el niño satisface la necesidad de tener algo en la boca, y también la necesidad de agarrarse a algo y que éstos son síntomas del desarrollo de independencia o separación de la madre.

Otra teoría afirma que los hábitos, como el de la succión digital, es sólo un signo que indica un problema emocional profundo.

Otra teoría es la del aprendizaje, que indica que el signo hábito de succión digital es aprendido y que en general no hay ninguna neurosis asociada al hábito.

Como podemos ver, a lo largo de la historia han existido personas brillantes y extraordinarias que se han dedicado al estudio del niño en sus dos aspectos; biológicos y psicológicos. La correcta interpretación de estos dos aspectos fundamentales, mantiene el equilibrio del niño, y cuando uno de estos dos factores se ve alterado por la influencia del medio ambiente que lo rodea o por la influencia genética, se produce un desajuste, pudiendo establecerse un problema como es el de hábitos bucales.

3. DEFINICION Y CLASIFICACION

Existen muchas definiciones de hábitos, entre los más acertados están la de Thompson, que en 1927 definió al hábito como una práctica fija, producto de la constante repetición de un acto.

Para comprenderlos más fácilmente, los clasificaremos en:

- A) Hábitos de Succión
 - a) Succión Digital
 - b) Succión Labial

- B) Hábitos Linguales

- C) Respiración Bucal

- D) Bruxismo

- E) Hábitos de Automutilación

- F) Mordedores de Objetos Diversos

4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO

La personalidad del niño va a estar dada principalmente por la influencia del medio ambiente y sobre todo del ambiente familiar.

Al estudiar la conducta del niño, vamos analizando su manera de ser y su comportamiento, estos factores van a formar las bases de esa personalidad que empieza a manifestarse, así nos damos cuenta -- que la personalidad es un producto del aprendizaje social.

Los factores decisivos para la formación de la personalidad del niño son cuatro:

1. HERENCIA: Se origina de la naturaleza biológica y psicológica del hombre, y es innata.

2. La FAMILIA: Las actitudes paternas adquieren mayor importancia y ejercen una gran influencia sobre la adaptación emocional general.

3. EL SEXO: Es la parte constitutiva de su personalidad y está inexplicablemente ligado al ser de cada individuo desde su nacimiento.

4. EDUCACION: Es un serio e importante factor porque ejerce -- una gran influencia en el desarrollo y evolución de la personalidad de todo ser humano.

El desarrollo armonioso de la personalidad infantil, la salud - psíquica y la normalidad de la conducta, dependen en cada caso del - justo equilibrio de la obra educativa.

5. CAUSAS DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS EMOCIONALES DEL NIÑO E INFLUENCIA DE ESTOS EN EL DESARROLLO DE HABITOS ORALES.

El niño, cuya necesidad de amor es frustrada, suele mostrar muy poca tolerancia a cualquier frustración y tiende a reaccionar con mayor agresividad o cólera si las cosas no salen como desea.

La separación de la madre es una causa importante, aunque no única de ansiedad de los niños pequeños, el miedo y la ansiedad son -- característicamente respuestas a la intuición de que se produzcan -- acontecimientos desagradables.

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

Un niño normal es aquél que habiendo sido dotado de una energía correcta y un medio ambiente favorable a su desarrollo, después de -

pasar por determinadas etapas alcanza el ideal que significa la utilización máxima de sus capacidades.

El trastorno de conducta se puede definir como la desviación o detrimento de ese desarrollo teórico.

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

Por ejemplo: La Hiperquinencia o Hiperactividad en un niño, es un trastorno emocional que puede desencadenar muchos otros problemas. Se origina de un estado de angustia o de disfunción cerebral que también produce un trastorno emocional en el niño entre su incapacidad de mantenerse quieto, es por esto que el niño no encuentra posibilidad de detener o encausar esa actividad hacia tareas o propósitos de finitivos y bien definidos.

Se ha observado que el niño con problemas familiares, dificulta

des con los padres o la falta de comprensión y calor de uno de ellos o de ambos, es más propicio para desarrollar un hábito o hábitos perniciosos. A veces estos pacientes, por la falta de voluntad que tienen para eliminarlos, exageran el mal hábito, siendo así, el tratamiento puede durar indefinidamente; sin embargo, una reacción positiva, una alegría, un cariño sincero, pueden cambiar de una manera radical y sorprendente el resultado del tratamiento.

Algunos psicólogos opinan que al romper un hábito, por ejemplo: el de succión digital, produce un trauma psicológico con transferencia del hábito a: masturbación, pesadillas o bien, irritabilidad. Es por esto que se debe tener mucho cuidado al aplicar un cierto tratamiento para eliminar algún hábito.

También los problemas emocionales de los padres repercuten en los niños y se manifiestan en los trastornos de conducta de sus hijos. De aquí que los padres deban estar bien enterados respecto a las necesidades afectivas del niño, las cuales serán determinantes en su desarrollo.

Es muy frecuente que los padres manipulen a los niños para obtener cambios aparentes en su conducta, amenazándolos con "ya no te voy a querer", etc. Esta amenaza encierra un efecto altamente perjudicial para el pequeño, creándole inseguridad básica frente a la vida, ya que se siente rechazado.

Cuando existe uno o varios hábitos en un niño, no deberá existir una presión exagerada, ya que esto le va a crear un trastorno en la conducta a causa de la angustia que va a sentir, es por esto que los padres y los maestros deben de comprender que el niño, para deshacerse de estos hábitos requerirá del tiempo necesario.

Con esto podemos ver que los hábitos que un niño adquiere tempranamente y que tienen tiempo de haberse establecido, debido a trastornos emocionales del niño, pueden provocar la formación de otros nuevos hábitos, por lo que para poder eliminarlos mediante un tratamiento adecuado, según el caso, debemos estudiar y comprender la conducta y personalidad del niño en sus diferentes etapas.

6. DESARROLLO DE HABITOS BUCALES POR PROBLEMAS DE ALIMENTACION

Es necesario estudiar primero lo que es normal desde que un niño es lactante para poder comprender cómo los problemas al comer pueden causar el desarrollo de hábitos bucales.

El lactante se alimenta mediante un reflejo automático, que es el acto de mamar, en ningún momento se utilizan más músculos para ingerir alimentos que en éste, ya que existe una acción de colapso de los carrillos, bamboleo del hueso hioides, movimiento o manera de serpiente de la lengua, protrusión anterior de la mandíbula, actividad o manera de esfínter de los labios y un movimiento rítmico de toda la cabeza.

Posteriormente, al empezar la alimentación sólida disminuye la actividad labial y se utilizan los músculos de carrillos, lengua y piso de la boca. Existe desplazamiento lateral de la mandíbula, participando los músculos maseteros y temporales en la elevación con fuerza de la mandíbula.

Se realizaron estudios para observar si existía una posible relación entre la duración de la amamantación y el establecimiento de un hábito, encontrando que a mayor tiempo de amamantación, la succión digital es menor o no existe.

También favorece a la no formación de hábitos, cuando los niños son amamantados con biberón y los orificios son pequeños, cuando las mamás amamantan a sus hijos más tiempo en cada alimentación, cuando se les permite a los niños que den su propio paso en el proceso del destete y cuando el niño es alimentado cada tres horas.

Con respecto a la masticación cuando un niño no come bien puede estar asociado: maloclusiones, debido a dientes faltantes o colocados irregularmente, teniendo que masticar de un solo lado.

Así es que desde un punto de vista odontológico, una masticación inadecuada puede provocar el desarrollo de un hábito bucal, esto es porque no recibe una estimulación adecuada del sistema estomatognático al no poder masticar y alimentarse bien.

A) PARTICIPACION DE LA DEGLUCION EN LA FORMACION DE HABITOS

La lengua, único órgano formado por músculos de tejido estriado, insertados en un solo lado, por lo que hace movimientos reflejos y voluntarios.

La hipotonicidad o la hipertonicidad de un grupo muscular, rompe el equilibrio normal, alterando la morfología de las arcadas y su función.

La lengua esta presionada entre los dientes anteriores cuando el acto de deglutir es anormal, los maxilares no se juntan y los dientes no ocluyen.

Se considera que el estado tensional o emotivo produce entre los niños casos de lengua protáctil. Los chupadores de dedo dejan el espacio libre entre los dientes donde se introduce la punta de la lengua en el momento de deglutir.

Straub afirma que todo comienza con el biberón, ya que la suc-

ción es diferente a la del pecho, pues con frecuencia la leche del biberón sale sin esfuerzo de succión, todo lo contrario que ocurre con la leche de pecho, por esto, el niño trata de detener el exceso de leche que sale, presionando con la lengua la mamila de hule contra el paladar, esto puede perdurar durante muchos años, constituyendo así un hábito con resultados desastrosos, fisiológicos y estéticos; es por esto que hace algunos años se introdujo al mercado el biberón con chupón anatómico para simular el pezón materno, pero aún no se ha podido apreciar sus resultados, solo entra la malformación muscular o del paladar o carrillos, ya que tiene gran similitud con el pezón materno.

Se ha observado también que las amígdalas hipertroóficas pueden ser causa de lengua protáctil, ya que el dolor de las amígdalas inflamadas produce caída de la mandíbula para que la lengua pueda proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea. Por esto, hay una notable y fuerte contracción del músculo mentoneano, cada vez que la lengua se proyecta hacia adelante durante la deglución.

Deglución infantil es aquella que se realiza antes de la erupción de los primeros dientes.

Moyers enumera las características del movimiento de la deglución infantil de la siguiente manera:

- 1. Los maxilares se separan con la lengua colocada entre las encías.*
- 2. La mandíbula es estabilizada primordialmente por la contracción muscular del séptimo nervio craneal y la lengua interpuesta.*
- 3. El movimiento de deglución es controlado y guiado, principalmente por un intercambio sensorial entre labios y lengua.*
- 4. La actividad muscular instintiva y rítmica, de carácter peristáltico, conduce el líquido o bolo alimenticio hacia la faringe al abandonar la acti*

vidad bucal. El alimento es conducido entonces -- a través de la faringe por los constrictores superiores, medios e inferiores de la faringe, pasando por la epiglotis hasta el esófago.

En conclusión, tenemos que los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral infantil, prolongada, así como las actividades de lactancia que se extienden más allá del tiempo que deberán ser reemplazadas.

DIAGNÓSTICO DE LOS HABITOS BUCALES

Es la principal puerta de entrada de todo odontólogo al sistema de planificación del tratamiento.

El diagnóstico debe de ser una explicación precisa y clara del trastorno presentado por el paciente.

El examen debe incluir las influencias apremiantes de la identidad y del estado de salud, así como el análisis del alineamiento dentario, relación mandibular, configuración facial y articulación funcional.

La historia clínica, el examen clínico, el examen radiográfico y los modelos de estudio, nos proporcionarán los hechos esenciales y necesarios para llegar a un diagnóstico.

EXAMEN DEL PACIENTE

El examen oral comienza con una inspección de los dientes, en -

cias y maxilares. En este punto, los dientes primarios y permanentes deben anotarse separadamente, así como también las desviaciones. El número de dientes, los que faltan y los supernumerarios, deben ser indicados. Debe prestarse mucha atención a las caries y a la estabilidad de los dientes primarios. El esmalte debe ser examinado por si hubiera irregularidades y al mismo tiempo, el cuerpo de los maxilares debe ser palpado y cualquier irregularidad anotada.

Se inspeccionará cuidadosamente la forma del rasé palatino y del frenillo labial en ambos maxilares.

Nuestra atención se dirigirá ahora a la oclusión, haciendo que el paciente cierre sus maxilares manteniendo los labios separados. Debe destacarse cualquier desviación de lo normal. Se controlan las condiciones de las cavidades nasales y del lenguaje. Si hubiera perturbación, aunque fuera ligera, debe enviarse al paciente al otorrinolaringólogo antes de iniciar cualquier tratamiento de ortodoncia.

Estas investigaciones deben ser suplementadas por un ligero exa

men del desarrollo general y de la constitución del paciente. Debe notarse si la estructura ósea es débil, normal o masiva. Cualquier signo de asimetría craneal o deformación, debe indicarse, juntamente con cualquier síntoma de raquitismo.

Cualquier manifestación hecha por el niño o miembros de su familia, debe tomarse con las reservas del caso, siendo mejor anotarlas en hoja aparte.

Debe inquirirse si el nacimiento del paciente fue normal o si fue necesario el uso de instrumentos, si fue a término o prematuro. Debe averiguarse el estado de salud del niño al nacer; es muy importante saber si su amamantamiento fue natural o artificial, ya que este último demanda menos actividad muscular, siendo por lo tanto, menos favorable el desarrollo del órgano masticatorio.

Las enfermedades anteriores al examen especialmente raquitismo, son de interés, como asimismo si han sido muy prolongadas, ya que se sabe que pueden traer perturbaciones en el desarrollo dentario. De-

be anotarse la edad en que empezó la erupción primaria y también --
cuándo el niño empezó a caminar y hablar. Además debe establecerse--
si la respiración es normal o si hay obstrucción que remover. qui--
rúrgicamente.

La postura que adopta durante el sueño y los hábitos de succión,
como asimismo la duración de los mismos, el objeto succionado y el -
modo de hacerlo, y si el niño hace buen uso de sus músculos mastica-
torios, deben detallarse con minuciosidad. Debe estudiarse cuidado-
samente la forma como el niño traga.

Es prudente observar acerca de las razones que tienen para de--
sear un tratamiento de ortodoncia. Generalmente son de naturaleza-
estética, pues presentan alteraciones tan visibles, que reclaman el-
tratamiento. Pero, a veces, los padres traen los niños al consulto-
rio por síntomas triviales que acompañan a la disnasia, sin darse --
cuenta de las lesiones funcionales de mucho más importancia.

EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico debe ser una investigación de rutina en todos los casos, debe extenderse a todos los dientes erupcionados y a los gérmenes dentarios, ya que frecuentemente revela alteraciones y cambios que pueden pasar desapercibidos en el examen clínico. Al examinar las radiografías es necesario destacar las caries, los cambios presentados por los tejidos de sostén, las reabsorciones de crestas y ápices, la posición e inclinación axilar de las raíces y la estructura ósea alveolar.

Debe examinarse cuidadosamente la posición de los gérmenes dentarios, en relación con los primarios y los permanentes erupcionados, destacándose si todavía están lejos o si se aproximan. Al mismo tiempo, deben confrontarse las raíces de los primarios para establecer el grado de reabsorción de las mismas, por si existiera el peligro de perder prematuramente un diente primario por la presión del permanente. La Radiografía nos revela la ausencia de gérmenes -

generalmente los incisivos laterales y los segundos premolares, como asimismo la presencia de supernumerarios,

MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio nos permiten examinar la disnasia independientemente del paciente, observar la configuración del paciente, observar la configuración morfológica del arco dentario, la oclusión y la forma del paladar. Sirve como base para comparar el éxito del tratamiento y nos capacita para reconocer los cambios habidos en el arco dental.

De los estudios hechos, nos pueden sugerir varios procesos patógenos, siempre existe la posibilidad de que exista más de una patología al mismo tiempo. En ciertos casos hay que consultar a otros especialistas o médicos generales antes de llegar a un diagnóstico final y prescribir un plan de tratamiento.

HABITOS DE SUCCION DIGITAL

La succión digital es un problema que preocupa al pediatra, odontólogo y especialistas correspondientes, y a los padres de los niños que deberán aprender a reconocer la succión digital como una forma natural del niño para satisfacer su necesidad básica de succión. También su necesidad básica de aprender a no interferir cuando el niño se chupa el dedo pulgar u otros dedos, ya que esta puede ser causa de que el niño succione su dedo por mas tiempo y en forma más fuerte.

Existen diversos factores que pueden causar una temprana succión del pulgar; entre estos estan:

- a) El que un niño no tenga suficiente succión al mamar o al tomar su botella, por lo que no satisface su instinto de succión;
- b) El que un niño no tenga suficiente atención y cuidado,

ocupando así el tiempo que esta despierto en chupar su pulgar u otros dedos.

Así es que si un niño muy pequeño empieza a succionar cualquier dedo de la mano, no se le debe detener en forma directa, sino que se le debe dar una mayor oportunidad de mamar o de tomar su botella.

Para corregir precozmente este tipo de hábito, debemos de tomar en cuenta dos cosas:

- 1) El número de veces que se realiza la alimentación, y
- 2) Cuánto tiempo dura cada alimentación.

Es mucho mas fácil corregir con anticipación este tipo de hábito de succión digital, cuando el niño trata de hacerlo por primera vez, no cuando finalmente sucede. Esto es porque la mayoría de los bebés, en los primeros meses de vida, no tienen mucho control de sus manos y brazos, así como de su cuerpo en general.

El instinto de succión es más fuerte en los primeros tres meses de vida del niño, posteriormente va disminuyendo gradualmente.

Casi todos los bebés succionan su pulgar u otro dedo, o bien, - empiezan a erupcionar sus dientes. No debemos de confundir esto con hábito de succión digital.

Ahora bien, hay niños pequeños que se alimentan con botella, -- terminándosela en 10 minutos, en lugar de terminársela en 20 minutos esto sucede porque son bebés fuertes y rompen el chupón o bien, las - madres les hacen los agujeros demasiado grandes, provocando así un menor tiempo de succión y por consecuencia mayores probabilidades de la aparición de un hábito bucal, como es la succión del pulgar.

Muchos niños succionan sus dedos cuando están fastidiados, cansados o especialmente cuando están hambrientos, dormidos, cuando no están alimentados adecuadamente, cuando se sienten reprimidos, solos o cuando están tensos por algo,

Cuando el hábito se establece en niños con mayor edad, seguramente es porque algo malo los está afectando psicológicamente. (psicología).

Probablemente no están contentos con su maestro, quizás no encuentran compañeros de juego en su colonia o vecindad, quizás ellos quieran hablar, pensar, actuar como sus hermanos más grandes y no pueden llevarse bien con ellos, o quizás sus padres están siempre tan ocupados que no le prestan atención al niño.

Cuando la succión se presenta después de los 5 años, tendremos que buscar la causa y solucionarla, ya que este hábito nos puede causar daños irreversibles: dentales, óseos, musculares y nerviosos.

Se realizaron estudios en los cuales reportaron que el tamaño de la familia no se asocia con los hábitos bucales, mas sí existe una asociación entre el hábito de succión digital y la duración de la amamantación. En estos estudios fueron incluidos: edad, número de miembros de la familia y duración de la amamantación. En ellos -

se encontró que los niños que usaban chupón, también succionaban sus dedos, pero no fue así en todos los casos. Por esto se cree que es recomendable, hasta cierto punto, que se les dé chupones a los niños, ya que el daño que se produce cuando un niño succiona sus dedos es mucho mayor que el causado si succionan un chupón.

Se encontró también, que los niños únicos, usualmente succionan un chupón y no un dedo. Al respecto, fue sugerido que al dar un chupón al niño primogénito, puede significar para él un acto de indulgencia, que puede ser subjetivo para otros niños.

También se observó que a mayor edad, los niños van eliminando gradualmente el hábito, sobre todo en los años pre-escolares, no siendo así en todos los casos, ya que algunos niños los conservan durante sus años escolares y aún en edad adulta.

Otra teoría dice que: "La succión prolongada del pulgar, después de los cuatro años, suele ser un síntoma de que el niño sufre "Hambre Emocional" y que emplea el pulgar para consuelo y compensa--

ción, en algunas ocasiones parece usar el hábito como un medio de --
venganza contra los padres". Así es que las mejores medidas correc-
toras son las indirectas, tales como: proporcionar al niño descanso
y escapes por medio del juego.

En conclusión, decimos que la succión del pulgar es con frecuen-
cia la principal manifestación de la inseguridad del niño o de su ma-
la adaptación. El niño puede tener temores desusados como a la obs-
curidad, a la separación de los padres o temor a los animales o a --
los insectos.

Los conflictos en el hogar, también podrían estar relacionados-
con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el
problema de succión digital, puede no ser un síntoma suelto, sino va-
rios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional,
resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

El problema de la succión digital es por lo tanto, muy comple-
jo. El papel del odontólogo es el de aconsejar a los padres, con --

respecto a los posibles efectos dentales y los métodos existentes para la corrección de dicho hábito.

HABITO DE SUCCION O MORDIDA LABIAL

Generalmente este tipo de hábito se utiliza para sustituir a los dedos, pero existen casos en los que el hábito de labios es primordialmente un tic neuromuscular, también podríamos decir que es un hábito nervioso.

Este hábito por lo general se presenta en la edad escolar, es -- por esto, que la corrección de este hábito se puede lograr más fácilmente.

En muchos casos el hábito de chuparse o morderse los labios es -- una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta al cerrar los labios correctamente.

Se ha mencionado que la actividad anormal del labio y lengua con frecuencia se asocia con el hábito de dedo.

Así como la lengua puede deformar las arcadas, también lo puede hacer un hábito anormal de labios.

Con el aumento de la sobremordida horizontal, se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior parece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído; a esto se le denomina descanso incompetente de labio, ya que deja de funcionar como una fuerza restrictiva, efictz, favoreciendo así a la sobremordida horizontal.

HABITO DE LENGUA

Moyers dice: "el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser producto del desplazamiento anterior de la base de la lengua".

El hábito de proyectar la lengua hacia adelante ha sido llamado de diferentes maneras: Deglución Pervertida o Desviada, Deglución - Invertida, Retención de la Deglución Infantil, Deglución con Dientes Separados, etc.

No existe ninguna norma para este hábito de proyección lingual, pero algunos factores que se cree que propician el hábito de lengua-protactil son:

1. Respiración Bucal
2. Problemas de amígdalas y adenoides
3. Arco maxilar angosto
4. Macroglosia

5. *Alergias*
6. *Herencia*
7. *Patrón de crecimiento defectuoso*
8. *Pérdida prematura de dientes*
9. *Defectos foniátricos*
10. *Alteraciones glandulares*
11. *Alteraciones neurológicas*
12. *Alteraciones neuromusculares*
13. *Alteraciones psicológicas*

Parece que la fractura de un diente, su pérdida o caries avanzada producen un hábito involuntario de presionar la punta de la lengua en el lugar donde se produjo el traumatismo o la pérdida del diente.

También contribuye a la posición anormal de la lengua la presencia de amígdalas grandes o adenoides.

Anderson, afirma: "que la lengua proyectada hacia adelante -- constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos".

Riedel, el principal investigador de los problemas de retención a largo plazo después del tratamiento ortodóntico dijo: "Uno de los peores hábitos que impiden una retención satisfactoria, es la lengua-protáctil que provoca las mordidas abiertas".

En un estudio hecho, el 54.2% de los niños con hábito de lengua, tenían antecedentes de chuparse los dedos.

Además, los resultados indicaron que existe una correlación positiva con mayor tendencia al hábito de lengua en el grupo alimentado artificialmente.

Sea cual fuere la causa del hábito, también funciona como causa-eficaz en la maloclusión.

DEGLUCION CON IMPULSO DE LENGUA

La preparación para los movimientos de deglución es totalmente diferente en el sujeto que deglute normalmente que en el sujeto que deglute con impulso de lengua. Este último es incapaz de manejar la lengua con la precisión necesaria para aislar y mantener el bolo en la posición de sellado periférico de predeglución.

Cuando la deglución se hace con empuje de lengua, el paciente -- sustituye el sellado periférico por el sellado anterior de los labios. En la parte posterior no hay sellado.

El lado posterior de la lengua esta bajo, y la cavidad bucal queda abierta a la faringe. No existe control velogloso del bolo y los dientes están separados. El maxilar inferior del "empujador de lengua" es inmovilizado no por los músculos masticatorios de cierre sino por los labios y músculos de la cara tensos así como por la musculatura hioidea estirada.

"El empujador de lengua" carece de sellado posterior. La lengua no reúne un tamaño moderado, sino que la comida es amasada en un bolo poco firme que se concentra en la parte superior de una lengua en posición baja.

Sin el control del mecanismo velogloso, el bolo cae en la faringe. Los músculos constrictores se dilatan primero y después se contraen, dando lugar al trago. La fuerza que parece ser motivo de esta deglución con impulso de lengua es la gravedad, así como los movimientos más toscos de la lengua para amasar el bolo y que ocurren en vez de los movimientos sinérgicos normales y precisos de la lengua, paladar blando y faringe.

Como la gravedad es un factor muy importante para "el empujador de lengua", los que padecen el trastorno utilizan por consiguiente -- grandes cantidades de líquido durante las comidas. Puesto que el que deglute con impulso de lengua depende de un mecanismo de alimentación por gravedad y no de un sistema muscular previsto para reunir el bolo,

es evidente que tendrá menos control voluntario sobre el momento mismo del trago en "el empujador de lengua" el bolo caerá en la faringe.

Mediante un reflejo nauseoso reprimido, "el empujador de lengua" logra adaptarse al potencial de vómito de este tipo de bolo que escapa al control.

El niño que presenta mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión, se observan a menudo en hábitos de empuje lingual. Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si ésta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores o inferiores.

Por último, tenemos lo que algunos autores llaman: RUMIAR.- Es lo que significa que un niño joven desarrolla el hábito de succionar o morder su lengua hasta que su último alimento se presenta (algo -- así como hace una vaca). Esto es algo raro; en algunos casos esto comienza cuando un bebé tiene amarrados sus brazos.

HABITO DE RESPIRACION BUCAL

Causas de los Problemas de Respiración:

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

1. Por obstrucción
2. Por Hábito
3. Por anatomía

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que -- presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo -- normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad -- para inhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por ne-- cesidad, se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira -- continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya elimi-- nado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo,

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

Debemos distinguir en primer lugar, a cuál de estas categorías - corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños extomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños son más propensos a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentra en los individuos braquicefálicos.

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

1.- Hipertrofia de los turbinatos, causada por alergias, infec-

ciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

2.- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

3.- Adenoides agrandados.- Como el tejido adenoide o faríngeo es fisiológicamente hiperplástico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Con esto podemos ver que también los problemas de respiración -- pueden provocar un hábito cuando el niño se acostumbra a respirar por la boca, aunque su problema de respiración sea resuelto.

El hábito de respirar por la boca se encuentra íntimamente ligado con la función muscular anormal. Se le ha considerado por mucho -

tiempo como un factor causal primario de la maloclusión dentaria, pero en la actualidad se considera este hábito como un factor asociado o simbiótico y en menor grado el resultado de la maloclusión. Es posible que el hábito de la respiración bucal contribuya a las tres fases de la dinámica de la maloclusión.

Los especialistas en oído, nariz y garganta, con frecuencia hacen notar que los trastornos del aparato respiratorio son más frecuentes en quien respira por la boca.

El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde, y obstrucciones nasales como cornetes agrandados se presentan con mayor frecuencia. Los adenoides y amígdalas grandes y trastornos del oído medio, con frecuencia se ven asociados a esta situación. Tales padecimientos no son constantes, muchos otros factores son incluidos, entre los cuales encontramos la resistencia individual. Sin embargo sí existe peligro para la salud del

niño y si la "facies adenoidea" va en detrimento de la apariencia del niño, es conveniente que el odontólogo ayude en la medida posible.

En muchos casos, la eliminación de la sobremordida horizontal -- excesiva y el establecimiento de la función muscular peribucal normal reactiva el labio superior, haciendo posible el cierre de los labios, y estimula la respiración nasal normal.

Son características de los respiradores bucales, la arcada superior muy ovalada y mordida cruzada. Esto es debido a que la lengua - descansa en el piso de la boca en vez de que en el paladar.

BRUXISMO

Otro hábito observado en los niños es el bruxismo o briquismo, - que es un frotamiento o rechinar de los dientes de carácter no funcional. Este es generalmente un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque suele observarse también cuando el niño está despierto, (BRICOMANIA).

El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia.

Reding y colaboradores informaron que un 15% de los niños y adultos jóvenes de su grupo de estudio, practicaban algún grado de bruxismo.

Las causas exactas del bruxismo aún no se conocen. Tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos o irritables y que generalmente pueden presentar también otros --

hábitos como el de succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como Corea, Epilepsia y Meningitis, así como trastornos gastrointestinales.

Ramfjord cree que la interferencia oclusal puede actuar desencadenadamente del bruxismo, en particular si se combina con una tensión nerviosa.

Otros factores que pueden influir en la adaptación del bruxismo-- además de los ya mencionados, son:

La tensión nerviosa mas la superestructura del individuo, que es la más importante.

Un diente en mala posición, una obturación alta, así como una mordida profunda, contribuyen también. Pero se sabe que influyen de-

terminados impulsos sensoriales y propioceptivos al igual que los --
trastornos de la articulación temporomandibular.

Si este hábito se mantiene por un periodo de tiempo prolongado, -
puede provocar la abrasión de los dientes temporales como de los per-
manentes. Cuando la práctica se realiza en la edad adulta, el resul-
tado puede ser una enfermedad y hasta trastornos de la ATM.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquia-
tra y el odontólogo: Odontopediatra.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una -
férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la
noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al
frotamiento, de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfacto-
ria.

Sheppard recomendó la construcción de una placa de mordida pala-
tina, la que permite la erupción continuada de los dientes postero-

res. Esta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados por el hábito.

Un protector plástico de vinilo, que recubre las superficies -- oclusales de los dientes, más de 2 milímetros de las caras vestibulares y linguales, puede ser utilizado para impedir la abrasión continuada de los dientes.

La superficie oclusal de este protector de la mordida debe ser -- plana para no crear interferencia alguna.

En los pacientes sin perturbaciones psicogénicas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas -- tranquilizantes pueden ayudar a superar el briqueo. Una dosis de -- 25 mg. de clorhidrato de hidroxizina (Atarax), una hora antes de -- dormir, ha dado por resultado la interrupción del hábito. No se pueden esperar cambios notables en unas cuantas noches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses es apreciable el progreso observado.

HABITOS DE AUTOMUTILACION

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia de automutilación, a veces hay niños que se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales.

Plessett informó haber observado a una niña de inteligencia aparentemente normal, de 9 años que movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos.

Es probable que se produzca automutilación con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. Por lo tanto, las lesiones autoinflingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente.

El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta sí

tuación, y debe encarar el problema de la misma manera como lo hace -
con la situación del pulgar.

Se debe determinar la causa. Si se descubre que se debe a facto
res dentales locales, puede ser corregido.

Sin embargo, en la mayoría de los niños, estará involucrado un -
problema emocional, y el odontólogo deberá de dirigir a la familia ha
cia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizan los te
jidos gingivales libres y adherentes con las uñas, a veces al punto -
de destruir hueso alveolar.

Fue reportado el caso de una niña que tenía 14 años y que se pro
vocó el denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de-
premolares superiores para lo cual empleó la uña y un alfiler de gan-
cho. Además se mordió la cara interna del carrillo y se produjo gran
des zonas de necrosis. Los padres no tenían noción del hábito y la -

causa de las lesiones ulceradas de su boca, pues la hija no les había revelado que se las había causado por sí sola. La historia reveló -- una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y en la escuela. La niña y sus padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema. Al parecer, la automutilación era una escapatoria de la realidad.

Con esto podemos ver que la tensión y los conflictos pueden ocasionar automutilación en los pequeños pacientes.

Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebé de 15 semanas de nacido.

También se reporta en la literatura, que un niño que fue examinado, utilizaba la uña del dedo para rasgar el tejido gingival de un cañón inferior. El hábito había privado completamente al diente del tejido marginal gingival, exponiéndolo al hueso alveolar. El trata-

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

HÁBITO DE MORDEDURA DE UÑAS Y DIVERSOS OBJETOS

Una afección molesta frecuentemente, estimula al niño para que se coloque los dedos dentro de la boca, lo que a su vez puede conducir al hábito de chuparse los dedos o morderse las uñas. Esto hace peligrar el desarrollo normal de la oclusión.

Mordeduras de Uñas:

Un hábito desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasa directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Se hizo un estudio de las fuerzas armadas y se observó que aproximadamente el 80% de todos los individuos se mordían las uñas. Esto no es considerado como un hábito pernicioso, y no produce maloclusiones, puesto que las fuerzas o presiones aplicadas al morderse las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo

en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando -- permanecían impuresas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de los dientes anteriores inferiores, mordidas abiertas y malestar estomacal.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres de los niños pueden encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos -- años. Así, un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo, a menos que se perjudique realmente, ya sea en forma física o moral al niño mismo o a quienes lo rodean.

Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas.- Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar, incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Abertura de Pasadores de Pelo:

Otro hábito nocivo que es frecuente o común entre las mujeres - adolescentes, es abrir pasadores de pelo con los incisivos anteriores para así poder colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practican - este hábito se han observado incisivos aserrados y dientes parcialmente privados de esmalte labial. A esta edad para abandonar el hábito, generalmente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de éste.

PROBLEMAS DE FONACION CAUSADOS POR MALOCLUSIONES

El habla es principalmente una actividad aprendida que depende de la maduración del organismo.

Las diferentes funciones del habla son las siguientes:

1. Las innatas, automáticas y vegetativas, como la deglución, respiración, vómito y el acto de mamar.
2. Las aprendidas, automáticas y vegetativas, como morder, masticar y chupar.
3. Las aprendidas, automáticas y emocionales, como muecas, amaneramientos y tics.
4. Las innatas, automáticas y emocionales, como la risa, los pucheros y la sonrisa.
5. Las aprendidas, no automáticas, discriminatorias y espe --

cialmente voluntarias, como movimientos exploratorios de la lengua, separación de los labios, besar y soplar.

6. Las aprendidas, automáticas y prácticas, como silbar, tocar un instrumento de viento y tararear una melodía.

Ahora bien, las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla. Por los cambios de posición de estos tejidos duros y blandos la corriente de aire afecta para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales. Muchos doctores expertos en la materia, afirman que las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla.

La articulación de las consonantes y vocales puede ser atribuida a la mala adaptación funcional a la maloclusión dentaria.

Según Bloomer, los efectos sobre el habla pueden ser directos, o bien indirectos.

Los directos son por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.

Los indirectos son debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

Con todo esto, podemos ver que también los problemas del habla pueden ser una causa para el desarrollo de hábitos bucales, ya que como se mencionó anteriormente, el problema del habla puede ejercer una influencia en la salud mental del individuo, por ejemplo:

Que sienta una cierta angustia o bien ansiedad o algún otro problema de conducta del individuo, que lo obligue a buscar una salida - pudiendo con esto desarrollar algún hábito bucal. Así que cuando el odontólogo descubra un problema o defecto del habla, deberá de investigar su causa. Si la causa es una maloclusión, deberá de corregir - la; si la causa es otra, deberá de remitirlo a un foniatra, para que

estúdie y trate el caso. Con esto se podrá evitar la aparición de un hábito, o si ya esta establecido por el problema del habla existente, se logrará eliminarlo aplicando el tratamiento requerido.

C O N C L U S I O N E S

Los niños que presentan algún tipo de hábito bucal, casi siempre se enfrentan a un problema psicológico.

Esta dentro de la esfera del dentista, (cuando el niño se presenta para esto), llevar esto a lo normal, balancear la psiquis y madurar la actitud social del niño, si esto no fuera posible, se llevarla a cabo tratamiento psicológico auxiliado con un tratamiento odontológico.

Esta obra esta encaminada tanto a la prevención del hábito oral, como al control de éste por medios psicológicos u ortodónticos.

El consejo para llevar a cabo un tratamiento en niños es el siguiente: la mente de un niño es tan tierna y amorosa como los pétalos de una rosa, "cuidado al tocarlos" trátelos con el mayor respeto posible. Cólmelo de dulzura y amor, con perfume de fe y ternura de tolerancia. Esto colmará la misión de su vida,

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

1. Cohen. M.H., *Odontología Pediátrica*, Ed. Mundi; Buenos Aires, --
1957.
2. *Conceptos de Deglución, Tratamiento Miofuncional. Funciones de la Masticación. Diagnóstico. Clínicas Odontológicas de Norteamérica.*
3. "Desarrollo Psicológico del Niño", *Odontólogo Moderno*. Vol. VI
No. 5.19, Abril-Mayo 1978
4. Fastlich Samuel "Mordida Abierta". *Estomatología*, Vol. 8. No.
2.51 Diciembre 1979.
5. Finn Sidney B. "Odontología Pediátrica". Cuarta Edición, *Editorial Interamericana*, 1976.
6. Argett R.D. "Chronic Thumb Sucking". A Second Effect, *A.H. Otolodontics*. February 1970.

7. Mc. Donald. Ralph E. "Odontología para el Niño y el Adolescente. Editorial Mundi. Buenos Aires, 1971.