

136
2ij



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION
FRENTE AL HABITO DE SUCCION DIGITAL**

J. B. -
[Signature]

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

María Cristina González Núñez



México, D. F.

1987



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

I. INTRODUCCION

II. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

a) Teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad

b) Etapas del desarrollo psicosexual del niño

1.- Etapa oral

2.- Etapa anal

3.- Etapa fálica

4.- Etapa de lactancia

5.- Etapa genital

III. INFANCIA

a) Significado psicológico del cuidado físico

b) Alimentación

c) Aspectos fisiológicos de la alimentación

1.- Alimentación natural

a) Composición de la leche materna

b) Actitudes maternas hacia la lactancia natural

c) Contraindicaciones y obstáculos a la lactancia natural

- d) Técnica de alimentación al seno
- e) Mecanismo del acto de mamar

2.- Alimentación mixta

3.- Alimentación artificial

4.- Destete

IV. HABITOS ADQUIRIDOS EN LA INFANCIA

- a) Actos bucales no compulsivos
- b) Actos bucales compulsivos
- c) Clasificación de los malos hábitos

1.- Succión digital

2.- Respiración bucal

3.- Hábitos de lengua y labio

4.- Mordedura de uñas

5.- Otros tipos de hábitos

6.- Bruxismo

V. ETIOLOGIA DEL HABITO Y SUCCION DIGITAL

- a) Teoría psicoanalítica
- b) Teoría del carecimiento de la función
- c) Teoría de succión dactilar, como patrón de aprendizaje
- d) Trastornos que ocasionan el hábito

- 1.- Succión de los dedos en los primeros años
- 2.- Succión de los dedos despues de los 3 años y medio

VI. TRATAMIENTO

- 1.- Tratamiento para niños pequeños que presentan dentición primaria
- 2.- Tratamientos en niños cuando empieza la erupción de los incisivos permanentes
- 3.- Tipos de dispositivos intrabucales
- 4.- Función del aparato
- 5.- Descripción del aparato

VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES

VIII. BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

Existen pocos fenómenos con los que se enfrenta el cirujano dentista, que no estén sujetos a controversia en un momento dado. Los delicados matices que median al tomar una decisión sobre lo que es normal y anormal y la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico son establecidos frecuentemente por la interacción de enseñanza, experiencia e inclinación filosófica del cirujano dentista.

Uno de los aspectos del desarrollo del niño es la presencia de hábitos que son perjudiciales en su formación y el odontopediatra u ortodoncista deben de resolverlos guiando a los padres y a los niños.

Es de gran importancia que el odontopediatra y ortodoncista no sólo fijen su atención de la restauración de dientes, su aliento estético y la corrección de hábitos, sino que contribuyan - junto con otros profesionales como médicos, psicólogos, maestros, etcétera, con el desarrollo del niño en todos sus aspectos.

Este estudio acerca del hábito de succión digital fue motivado por el deseo de estudiar la existencia de dicho hábito en los niños con cierto tipo de alimentación, ya que de esto tenemos mucha información.

Describire el desarrollo de la personalidad y las necesidades del niño durante sus diversas etapas y la importancia de todos los aspectos de su alimentación, lo cual es un factor importante en relación con sus hábitos.

También revisaremos varios hábitos que pueden presentarse en la etapa oral y por último enfocando la etiología, los trastornos y el tratamiento del hábito de succión digital.

Se ha esbozado parte de los rasgos importantes de la vida del niño cuando pasa de neonato a la edad de maduración del lenguaje que ocurre a los 8 o 9 años.

Se ha destacado la importancia e influencia del efecto o rechazo temprano de los niños y la actitud de los padres.

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante, los padres se muestran a menudo por demás ansiosos acerca del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar rezongos y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito.

Es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina hogareña antes que el niño pueda superar el hábito.

El problema de la succión del pulgar es, por tanto complejo.

El papel del dentista suele ser primario y con tal efecto - aún cuando fuera el segundo consultado. El deber del odontólogo - aconseja a los padres respecto a los posibles efectos dentales y - los métodos existentes para la corrección del hábito. También es - tá obligado el odontólogo a remitir a la familia a las personas - capaces; médicos o psicólogos para efectuar el tratamiento de los - casos más avanzados.

La succión de un dedo es uno de los hábitos orales más comu - nes que producen anomalías dentofaciales en el plano vertical - del espacio.

Aproximadamente el 46% de los niños han tenido el hábito de - chuparse un pulgar o un dedo durante la niñez aunque la succión - de un dedo se considera normal en la primera infancia, la mayoría - de las autoridades en la materia concuerdan en que si el hábito - no se ha retirado para la edad de 4 a 5 años que es la edad prom - dio para suspender el hábito deberá considerarse un tratamiento.

Por lo tanto es labor de médicos, psicólogos y odontólogos es - evitar estos traumas y favorecer a el bienestar de los niños y - dar tratamiento a los casos ya existentes.

II.- DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El organismo es notablemente plástico en su adaptabilidad y en extremo dependiente de la interacción social para sus cualidades propiamente humanas.

A partir del nacimiento necesita una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables con el fin de alcanzar el tipo de madurez de la personalidad hacia el cual todos tendemos. Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente.

El factor genético es responsable de las limitaciones del Sistema Nervioso Central típicos del individuo.

El ambiente comienza ya antes del nacimiento, los sentimientos y actitudes de la mujer embarazada hacia su hijo, todavía no nacidos tienen una importancia fundamental ya que factores tales como deseo de quedar embarazada, el estado económico del hogar y las actitudes hacia el parto influirán en la aceptación o rechazo de su estado.

Al principio la madre es la fuerza ambiental, predominante, pero más tarde aumenta el número de personas y de experiencias que intervienen en la formación del desarrollo infantil. Una parte muy importante de la personalidad en cuanto a su desarrollo

que comienza muy temprano en la vida, es la percepción del ego, o sea el darse cuenta de su individualidad.

La unidad de la cual el niño tiene primero conciencia es de sí mismo y de su madre o substituta. Hasta los tres meses de edad del bebé no reconoce a su madre y suele estar satisfecho si le cuida adecuadamente sin importar quien lo haga. A los tres meses, cesa en sus gritos cuando la madre se aproxima o le muestra otro tipo de reconocimiento pues ya sabe que lo que necesita ha de ser satisfecho.

Es probable que el niño tenga tres o cuatro años de edad, hasta la cual la percepción del yo no este completa a punto de distinguirse a sí mismo como entidad separada. Este proceso de aprendizaje es estimulado en parte por la separación de la madre y puede manifestarse entre los siete y ocho meses, como dependencia con respeto a la misma y miedo a los extraños. 21

Aunque la exploración de los objetos inanimados se realiza mediante visualización, tocamiento y contacto oral, a temprana edad raras veces se manifiesta un interés real y persistente a no ser que el objeto vaya asociado a una experiencia agradable o con la figura paternal.

El primer año de vida de los bebes debería ser un período encantador para cada padre. Con rápido crecimiento somático y de

sarrollo psicomotor, el bebé empieza a adquirir su carácter y temperamento, teniendo los padres una influencia predominante, no obstante de que la mayoría de los padres goza de la infancia de sus hijos, una pequeña porción de bebés saludables causa mucha ansiedad a los padres debido a sus hábitos o aspectos de conducta por su temperamento, el cual a sus padres pueden considerar irregular.

El papel sexual asimilado por el niño aparece fuertemente enraizado a los tres meses o cuatro años. Estudios recientes afirman la idea de que la orientación sexual es determinada casi-exclusivamente por el modo de ser educado.

De todos los aspectos del comportamiento, los más difíciles de clasificar y graduar son las emociones, en los niños particularmente, las respuestas francas a estímulos diferentes pueden interesar tan íntimamente que no es posible diferenciar la naturaleza o la intensidad de la causa por simple observación de la respuesta.

A medida que el niño crece, su comportamiento expresivo se hace más refinado, adquiere medios de control y usa un número cada vez mayor de palabras y gestos como símbolo de su vida emocional, como cualquier otro comportamiento, queda sometido a un proceso de maduración que depende del crecimiento y desarrollo del individuo.

Entre los dos miedos más intensos manifestados por los niños, se encuentra la superación de los padres y la lesión del propio yo.

A) TEORIAS PSICOANALITICAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

Uno de los principios básicos de los organismos vivos es el ajuste constante a los cambios del medio, con lo cual se alcanza un estado satisfactorio. Como resultado de estas adaptaciones, pueden desarrollarse conflictos entre las fuerzas exteriores y las interiores.

Los instintos son necesidades urgentes fundadas somáticamente que nacen en el cuerpo y que buscan gratificación. 16

El término instinto, usado por Freud, significa cosas tales como hambre y necesidades eróticas, gran parte del desarrollo de la personalidad se realiza por medio de tales conflictos y de su solución.

La estructura de la personalidad consiste en tres partes: - En el momento del nacimiento, la personalidad está constituida primariamente por el id o yo. El id es el depósito de los instintos o su representante mental. El recién nacido sólo tiene el núcleo puro de un ego o el yo. El ego va creciendo a partir de este núcleo y se extiende, ganando cada vez mayor maestría sobre el

id. El ego es la sede de la conciencia y sirve de mediador entre los deseos instintivos internos y el mundo exterior. Es la parte de la personalidad a la que llamamos yo, además es el centro receptor de los cinco sentidos especiales. Controla los movimientos voluntarios y se ocupa de la memoria y la reflexión.

Una de las funciones principales del ego es la formación de los mecanismos de defensa que son el medio por el cual el yo rechaza los impulsos instintivos inconcientes que no son bienvenidos.²¹ Cuando se describe el desarrollo de la personalidad, se observará que estos mecanismos de defensa están relacionados con la fase de desarrollo en la cual aparecen y que van cambiando con la edad. 16

La tercera división de la personalidad es el superego que actúa como censor de la aceptabilidad de pensamientos, sentimientos y conducta. Esta parte de la personalidad se desarrolla en último lugar, sirviendo los padres del niño como un superego externo en los primeros años de la vida. La estructura permanente del superego no comienza a formarse hasta los tres o cuatro años y entonces se hace cada vez más importante como juez sobre actos, pensamientos y sentimientos. Sin embargo, únicamente una parte del superego es conciente. El superego está constituido por toda clase de experiencias, enseñanzas, lecturas, etcétera y es responsable de la desagradable sensación de culpa. 21

B) ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL NIÑO.

Basándose en las etapas del desarrollo psicosexual descritas por Freud y en su teoría evolutiva, sostiene que básicamente el individuo va a evolucionar de acuerdo a necesidades básicas - inherentes a su propio organismo, sean cognitivas o instintivas, que marcan etapas claramente definidas y con características propias en las cuales va a tener que solucionar un conflicto social-básico que va a reforzar su yo y permitirle una adaptación ambiental basada en la mutualidad afectiva.

Cada etapa tiene una zona característica que la matiza en un modo especial y, la energía no sólo se centra en una parte del organismo, sino que es todo el cuerpo el que experimenta placer y satisfacción según la etapa. Dicha zona tiene un modo psicosocial clásico de reacción. Esa respuesta social, o modo característico, está encaminado a la solución de un conflicto polar básico, específico en cada etapa, que va a permitir el acceso a la siguiente etapa y que también, a diferencia del concepto Freudiano, va a influir en todo el desarrollo que no se interrumpe más que con la muerte del individuo a través de la vida tendrá que solucionar todos los conflictos que lo llevan a la madurez.

Según la clasificación de Freud, los niños pasan por cinco etapas en su desarrollo:

- 1.- Etapa oral.
- 2.- Etapa anal.
- 3.- Etapa fálica.
- 4.- Etapa de latencia.
- 5.- Etapa genital.

Cada fase o etapa penetra en la siguiente sin una separación clara. Además, los niños no son todos iguales en cuanto al predominio relativo de cada fase e incluso en cuanto a la manera como las mismas son manifestadas. 13

Antes de proseguir, es indispensable aclarar que el término sexual indica placentero, e incluye al amor en un sentido ilimitado o como fuerza creadora positiva. El niño que goza chupando su pulgar, está experimentando placer sexual en el sentido psicoanalítico. 21

1.- ETAPA ORAL.

Corresponde al primer año de vida y se denomina así porque la boca es la zona erógena primaria o zona de placer.

El niño asocia el placer de la satisfacción del hambre con la estimulación oral; y muy pronto aprende a estimular su boca para obtener placer, incluso aunque no llegue a nutrirse, como sucede en la succión del pulgar.

Es menos frecuente en la fase oral, la estimulación física de otras partes anatómicas; sin embargo, no sólo con la boca sino con todos los sentidos, el recién nacido va a percibir lo que le rodea, va a recibir no sólo el alimento, sino otra serie de estímulos sensoriales de todo tipo que girarán en torno a una figura dominante que es la madre o sustituta.

El niño en esta primera etapa del desarrollo aprenderá que depende de un mundo externo para la satisfacción de sus necesidades biológicas y psicológicas. Estas serán satisfechas de un modo determinado según la época y las costumbres de manera que no sólo él quede satisfecho, sino también el dador, en este caso la madre.

El ego inmaduro del niño cree que todo lo que produce placer le pertenece y que todo lo desagradable debe quedar fuera de él.

Es en la mutua regulación y en la mutua satisfacción donde reside el núcleo de la confianza y la desconfianza básicas; el niño satisfecho sabe que alguien está velando por su seguridad y la satisfacción de necesidades, lo cual le permite confiar en los demás. Al mismo tiempo confía en sí mismo, ya sabe que mediante su actitud consigue que se le ponga atención y se le brinden cuidados. Así mismo, sabe que puede ser abandonado y aprende a que no siempre que quiere algo lo consigue.

El niño, desde esta edad tan temprana, se da cuenta que depende de la interacción social para la resolución de sus problemas de subsistencia.

Después empieza a aparecer la dentición donde el niño no solo succiona sino también muerde; y empieza a percibir el ambiente con todos sus sentidos. Su relación social que centra en la modalidad social de tomar y retener. Aquí la confianza básica se ha reafirmado pues el niño puede seleccionar y tomar, pero también experimenta el rechazo al no recibir lo deseado y aprende a desconfiar de sí mismo y de los demás, situación que se refuerza con el destete y que acarrea depresión por la pérdida del pecho. Estas experiencias le enseñan que existe lo bueno y lo malo en su mundo.

2.- ETAPA ANAL.

Esta sigue a la fase oral y persiste durante los próximos dos o tres años.

El niño se dedica a andar. Sus intereses se amplían, su placer ya no está asociado tan íntimamente a la estimulación oral y la zona erógena primaria cambia a la región anal.

La función de eliminación adquiere nueva importancia, no solo encuentra placer en la defecación, sino incluso en la reten-

ción de las heces y esto lleva a algunas dificultades que se encuentran en la instrucción higiénica.

Durante la fase anal es común que haya una recaída de conducta de un modo más infantil. Enfrentado con un nuevo bebé en el hogar y con el atentado del mismo a su seguridad, el niño recae en la enuresis (que significa la micción involuntaria nocturna en niños y adolescentes), y la encopresis (es la incontinencia de las heces fecales); pide ser alimentado con el biberón y vuelve a hablar como un bebé.

Tal mecanismo de defensa se denomina regresión y puede presentarse cuando surge cualquier situación que produzca ansiedad, por ejemplo: los cambios de vivienda a una vecindad, el inicio de la escuela, el nacimiento de un nuevo hermanito, etcétera.

3.- ETAPA FALICA.

La zona erogénica primaria pasa a la zona genital; este período cubre de los tres o cuatro años a los seis años.

El niño comienza a atribuir mayor importancia anatómica entre los sexos. La característica inquisitiva inicial, que ya se ha mencionado en la fase anterior, continúa y se dirige especialmente a los genitales.

En esta etapa se presenta el complejo de Edipo que es la -
sensación de posesión del niño hacia el padre del sexo opuesto y-
la rivalidad hacia el padre del mismo sexo. En esta fase, la ni-
ña se siente defraudada al no ser igual que el niño. 21

Hasta el momento en que se adquiere definitivamente el con-
trol de esfínteres, la micción a la voluntad servía de apacigua--
miento a la excitación fálica uretral según el libre juego de las
tensiones libidinales locales. A partir de la disciplina del es-
fínter uretral, por lo demás exigida por los adultos menos paren-
toria y precozmente que la esfínter anal, aparece la masturbación
secundaria. A su prohibición se debe en gran parte la persisten-
cia o retorno de la incontinencia urinaria en la segunda infancia
acompañada o no el chupeteo del dedo.

4.- ETAPA DE LATENCIA.

La fase de latencia, normalmente muda desde el punto de vig-
ta de las manifestaciones y curiosidades sexuales, se emplea en -
la adquisición de los conocimientos necesarios a la lucha por la-
vida en todos los planos. La represión del interés sexual erótico
va a permitir a la personalidad liberada desplegar toda su ac-
tividad consciente y preconsciente en la conquista del mundo exte-
rior.

En este momento de la fase de latencia, los mecanismos de -

defensa usados por cada individuo estan bien desarrollados y son -
característicos.

Existen dos mecanismos: La racionalización es el mecanismo -
más cercano al nivel conciente, que es el usado hasta cierto pun-
to. Probablemente el mecanismo de defensa más satisfactorio es -
la sublimación porque permite descargar los impulsos. La sublima-
ción se refiere, en primer lugar, a las pulsiones observadas an-
tes de la fase genital; curiosidad infantil, sadismo, exhibicio--
nismo, curiosidad destructiva, etcétera. 19

Cuando el niño experimenta los estados afectivos y eróticos
que anuncian la pubertad y la masturbación terciaria, en lugar de
reaccionar como si fuese pecaminoso, se expansionará aún más, sa-
brá conquistar su libertad sin timidez ni pena, progresivamente -
día a día, sin reacciones autopunitivas.

5.- ETAPA GENITAL.

Es la última fase del desarrollado de la personalidad que -
mencionaré; se ha descrito como el momento en que las pulsiones -
sexuales infantiles adoptan su manifestación final.

La subordinación de las demás zonas erógenas a la zona geni-
tal, el establecimiento de nuevas metas sexuales diferentes en ni-
ños y niñas y el hallazgo de nuevos objetos amorosos fuera del ho

gar se ha considerado como los acontecimientos principales de este período.

Les queda todavía la tarea de aprender a centrar su ternura y sus emociones sexuales en un mismo ser, como en los tiempos de su infancia olvidada; y, después de haber desmistificado sus elecciones sucesivas, fijarla para la seguridad vital de sus hijos - que nacerán eventualmente de un encuentro concertado, inerhumano, corporal, emocional y genitalmente logrado.

III.- LA INFANCIA

El lactante tiene tres necesidades básicas de la vida diaria que son: alimentación, eliminación y descanso. Actualmente, se sabe que estos factores no son rutinarios; de ello emergen fuerzas significativas en el niño y su medio ambiente, el cual es de gran importancia en la realización de cada una de las necesidades del infante.

A) SIGNIFICADO PSICOLOGICO DEL CUIDADO FISICO.

El cuidado físico de un niño es un trabajo muy complejo. Un niño es alimentado, abrazado, bañado, secado, acariciado, etcétera, y cada acto de esta naturaleza envuelve más que aspectos físicos. En sus acciones de la persona encargada de cuidar al niño puede ser gentil o tosca, paciente o impaciente, hábil o inepta, puede encontrarse contenta o triste, serena o ansiosa.

La madre lleva consigo todo aquello que siente; esto obviamente es lo que la madre transmite a su hijo. Existe una especie de comunión que se hace patente en las relaciones de la madre con el niño. El niño se prolonga con su madre, si la madre sonríe, el niño sonríe; si ella habla, él balbucea.²¹ El niño manifiesta por la boca, no sólo su ternura, sino su agresividad.

El aspecto materno significa ternura, el alivio de las ten-

siones del niño le provocan seguridad; pero, si la persona encargada del cuidado está ansiosa. Las tensiones del infante no serán aliviadas. La ansiedad de la madre es contagiosa y esto se induce en el niño a través de un proceso enfático; y la persona que esté encargada de cuidarlo, será la que aliviará la ansiedad del niño.

B) ALIMENTACION.

Es de gran importancia analizar el aspecto psicológico y fisiológico de la alimentación.

Dentro del aspecto psicológico, vemos que la alimentación depende mucho del tipo de relación que tengan los padres con su hijo. Se necesita más que pan y leche para satisfacer los impulsos y necesidades asociadas con los procesos de la alimentación.

La habilidad de mamar es uno de los complementos más finos en un recién nacido. El no tan solo está capacitado para mamar, sino que busca algo que pueda chupar, y todo lo orienta hacia la boca, que es donde tiene más estímulo al tacto.

Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer se ha observado fluoroscópicamente en el niño contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan llevado a la boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. 3

Un bebé mama aún cuando su apetito está asociado; muchos bebés necesitan estar succionando aparte de su proceso de amamantamiento desde el nacimiento. Parece que el infante puede chupar - su pulgar aún antes de que ha nacido y, en el momento de recibir al bebé, el pulgar puede encontrarse hinchado; y, después del primer grito, el bebé mete el pulgar hinchado dentro de su boca.

El uso de la lengua, labios y boca del niño juegan un papel muy importante en las primeras aventuras de su vida, representando no sólo la forma de obtener los alimentos, o una especie de sensación de placer, sino también una forma en la cual explora el mundo en que vive. Los labios, la lengua y la boca de un niño le sirven como sus ojos y oídos. 14

Cuando interferimos en las actividades orales del niño, lo estamos en cierto grado privando, del mismo modo que lo privaríamos si le pusiéramos una venda en los ojos o un tapón en los oídos. Aún cuando el niño utiliza su vista y oídos como las principales fuentes de información, continúa por un período largo utili

zando su boca y labios para investigar el mundo que lo rodea.

Freud indica que las membranas que están en la parte interna de la boca se encuentra un área erotogénica, fuente del órgano del placer, y que la estimulación de esta zona ocasiona las primeras gratificaciones eróticas en el niño. Según este punto de vista, en la cavidad oral se encuentran dos conducciones primitivas, el instinto de conservación del hambre y los instintos libidinosos conservativos de cada raza.

El área es una avenida para los contactos interpersonales - que son de suprema importancia en la vida primaria del niño. Los contactos interpersonales del niño pueden ocurrir en un contexto de tensión y ansiedad. Las experiencias del niño en relación a sus actividades orales y la ternura, sensibilidad o falta de ésta en la forma que es alimentado tiene una influencia muy profunda - en la seguridad o ansiedad que determina su forma de ser. Cualquier frustración del niño en sus actividades orales puede formar la base de su carácter que tendrá en los años posteriores.

La privación de la satisfacción oral, o sea hacer un destete temprano, puede crear un anhelo de satisfacción, resultando un carácter pesimista o sádico. Por el otro lado, un destete tardío trae una mayor o más larga satisfacción oral, y puede resultar en una seguridad en sí mismo y gran optimismo.

La alimentación del pecho materno tiene grandes ventajas sobre la botella. Esta idea se ha ido fortaleciendo desde hace algunos años, a la vez que se deplora la alimentación de botella, ya que la madre renuncia a su papel biológico como mujer y a su papel emocional como madre.

Actualmente, los datos encontrados no proveen una conclusión simple y categórica. No ha sido establecido que un destete anticipado ofrezca una evidencia de que, durante el primer año de vida, el niño que desea actividad oral, en vez de disminuir, aumenta el tiempo en que se le permite mamar libremente, sea de la botella o del pecho materno.

Las actitudes de los padres hacia los hijos son más importantes que el manejo de detalles en la alimentación o el destete. La actitud de la madre hacia su hijo expresada en el proceso alimenticio es de mayor impacto que cualquier otro factor aislado en la forma de ser alimentado. 14

Similares procesos en la alimentación pueden tener diferentes significados psicológicos dependiendo de la actitud de la madre. Muchachos que fueron alimentados por madres frías parecen estar más propensos que cualquier otro grupo a experimentar problemas de ajuste en ellos mismos.

Podemos añadir algo en relación a lo antes mencionado: Una-

actitud tolerante al chuparse el pulgar parece ser al final de -
cuentas mejor que una desaprobación brusca y dura con el fin de -
que lo deje de hacer. Un niño al que se le permite chuparse el -
pulgar es comúnmente más sereno emocionalmente que aquel que tra-
ta de chuparselo y es detenido por la fuerza.

Otro punto es la forma en que es alimentado el niño, por -
ejemplo, la forma como se le da la botella. Cuando en una madre -
existe una aceptación total y calor materno cuando lo abraza y le
da la botella, el niño toma con orgullo ya que siente el cariño -
de la madre; en cambio, cuando se le pone la botella sobre la al-
moda y luego se acuesta el niño, se está demostrando la indiferencia
de la madre. 12

Como última explicación de la alimentación, es indispensa--
ble conocer los diferentes tipos de alimentación y su comparación
desde el punto de vista fisiológico.

C) ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA ALIMENTACION.

1.- ALIMENTACION NATURAL.

Es aquella en que la madre ofrece al hijo el producto de -
secreción de la glándula mamaria.

Existen muchas ventajas por las cuales es superior la ali--

mentación del seno materno:

a) Es el alimento específico cuyos componentes se encuentran, cualitativa y cuantitativamente, es una relación óptima para llenar las necesidades del lactante. No se conocen casos de -
alergia a la misma.

b) Evita los errores dietéticos en la preparación de biberones a base de leche fresca o en polvo.

c) Evita las posibilidades de contaminación bacteriana.

d) Origina beneficios psicológicos a la madre y al niño, y -
faculta al establecimiento de una relación emocional positiva entre ambos.

e) La sobrealimentación al seno es bien tolerada ya que, en comparación con alimento artificial, no ocasiona frecuentemente -
disturbios digestivos.

f) La hipoalimentación al seno no origina una disminución -
de las funciones de defensa o disergia.

g) La leche materna vehiculiza anticuerpos antibacterianos -
y antivirales de origen materno que contribuyen a producir una in
munidad local en el tracto gastrointestinal.

h) Es económica.

i) Se halla disponible en cualquier lugar y hora.

j) Ejerce una acción profiláctica de las diarreas, promoviendo una flora microbiana óptima. En caso de que estas se presenten, son menos graves y responden con mayor facilidad.

A) COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA.

No obstante los progresos manifestados que se han alcanzado en dietética infantil, la leche materna sigue siendo el mejor alimento para el niño en sus primeros meses de vida. Tal afirmación conduce a tener siempre como precepto de suma importancia el que procuremos por todos los medios posibles, que los niños durante la edad mencionada sean alimentados al seno.

Calastro: Desde el punto de vista químico, comparado con la leche definitiva, tiene mayor cantidad de proteínas, más o menos la misma proporción de grasas y menor cantidad de azúcar. En el calostro están aumentadas las sales principalmente el sodio y el potasio, se piensa que esta proporción elevada de sal puede tener importancia en los procesos biológicos durante los primeros días de vida; sirviendo como laxante contribuyendo a la expulsión del meconio, y su valor calórico es de 580 calorías por litro.

Leche transicional: A partir del quinto día postparto, el calostro comienza a variar su composición aproximándose progresivamente a la composición de la llamada leche madura o definitiva que se establecerá entre los diez y quince días.

Leche definitiva: Es su composición, comparándola con los ingredientes de la leche de vaca, la digestión es más rápida, el vaciamiento estomacal es más rápido y la leche materna, con respecto a la flora intestinal, promueve el crecimiento de lactobacilli los bifidus.

COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

	MATERNA	VACA
Agua 100 ml.	87.1	87.3
Energía Kca/100 ml.	75	69
Total sólidos gm/100 ml.	12.9	12.7
Grasa.	4.5	3.5
Lactosa.	6.8	4.8
Proteína.	1.1	3.3
Ceniza.	0.21	0.72
% de caseína en la proteína.	40	82
Minerales		
Calcio mg/100 ml.	34	125
Fósforo mg/100 ml.	14	96
Magnesio mg/100 ml.	4	12
Potasio mg/100 ml.	55	138
Sodio mg/100 ml.	15	58
Hierro mg/100 ml.	0.15	0.10

	MATERNA	VACA
Vitaminas por 100 ml.		
Vitamina A, UI.	190	102.5
Tiamina B 1	16	44
Riboflavina B2	36	175
Niacina.	147	94
Vitamina C mg.	4.3	1.1
Bacterias.	ausentes	ausentes

La leche de la mujer, en comparación con la de la vaca, se diferencia principalmente por contener más lactosa y menos proteínas y sales. La proporción de grasa es casi igual. Las proteínas constitutivas de la leche de mujer son más asimilables en el niño por acercarse mucho a la composición de la proteína humana; en cambio, la caseína es de más difícil asimilación.

La leche materna contiene algunos fermentos de utilidad indudable y la presencia de estos elementos diastásicos nos explica el mejor aprovechamiento de los distintos elementos nutritivos - adicionados a la alimentación de un niño cuando está alimentado - al seno que cuando lo es artificialmente, la leche de la mujer - produce 650 a 700 calorías por litro.

B) ACTITUDES MATERNAS HACIA LA LACTANCIA.

El pediatra debe ser perceptivo frente a la actitud mental y/o emocional de una madre frente al posible amamantamiento de su

hijo por nacer o recién nacido. Se clasifican en:

- 1.- Madres dispuestas a amamantar ansiosas de poder hacerlo; Son generalmente primíparas fuertemente motivadas o multíparas - que han amamantado exitosamente. No ofrecen problemas al pediatra, quien sólo debe efectuar la guía habitual de horarios.
- 2.- Madres opuestas al amamantamiento.

Las diversas causas son:

- a) Laborales.
- b) Experiencias anteriores frustantes de agelatia o hipogalatia precoz.
 - + Agalatia = Falta de amamantamiento o también llamado mamitis crónica.
 - + Hipogalatia = Disminución de la función lactea.
- c) Convencimiento propagandístico de las excelentes leches en polvo.
- d) Supuesto daño a la estética de los senos.

- e) Actitud psicoemocional al rechazo del papel biológico femenino.

3.- Madres indecisas: Este tipo de madres con inseguridad personal y sentimientos de inferioridad requieren persuasión y restablecimiento de la confianza en sí mismas para intentar el amamantamiento. El niño será vigilado para comprobar que está bien alimentado o se complementará su alimentación para darle tranquilidad a la madre.

C) CONTRAINDICACIONES Y OBSTACULOS A LA LACTANCIA NATURAL.

Se clasifican en:

Debido a la madre.

Debido al niño.

Algunos son transitorios, otros permanentes.

Debido a la madre:

Causas locales:

1.- Hipogalattia, Agalattia.

2.- Afecciones del pezón, mala conformación (unbicado, deprimido, pequeño, plano, grietas), hiperestésias del pezón, hipertonia de la musculatura lisa, mastitis.

Causas Generales:

- 1.- Falta de motivación psicoemocional.
- 2.- Enfermedades agudas, sepsis, cuadros gripales.
- 3.- Enfermedades crónicas, epilepsia, anemias, nefritis descompensadas, tumores malignos, tuberculosis, desnutrición, diabetes severa, cardiopatías descompensadas.
- 4.- Historia familiar de cáncer del seno.
- 5.- Complicaciones del embarazo, hemorragias, toxemias.
- 6.- Excreción de pregnano-beta-diól.
- 7.- Razones sociales y laborales. SEPARACION DE MADRE E HIJO.
- 8.- Psicosis y neurosis severas.
- 9.- Nuevo embarazo.

Debido al niño:

Causas locales:

- 1.- Labio leporino y queilognatopalatosquisis.
- 2.- Obstrucción nasal.

Causas Generales:

- 1.- Debilidad de la succión, prematuridad.
- 2.- Lactantes perezosos o somnolientos.

D) TECNICA DE ALIMENTACION AL SENO.

Durante las primeras doce horas posteriores al parto, el niño no debe mamar, en esté intervalo, se suministra al pequeño cada tres horas una o dos onzas de agua hervida a la que se agrega una cucharadita de glucosa o de miel de maíz. Esta conducta debe seguirse durante los tres primeros días mientras la secreción de la leche materna se presenta. Es conveniente, sin embargo; que - pasadas las primeras doce horas, ya que se lleve al recién nacido al seno, con el fin de exitar con la succión el funcionamiento de las glándulas mamarias y se haga ingerir al niño el calostro. - Con esto se comienza el entrenamiento del nuevo ser para mamar.

Las primeras tetadas se le darán cada cinco horas, dejando un descanso de seis o siete horas en la noche, el segundo día, - se acercan los intervalos a cuatro horas con el mismo descanso - nocturno. Al tercer día ya se seguirá la regla que va a persis--tir durante los cuatro o cinco primeros meses, es decir, tres horas entre cada alimento en niños normales.

A partir del tercer o cuarto mes, si el pequeño tiene peso normal y todas sus condiciones de nutrición son buenas, deberá mamar cada cuatro horas y el número de tetadas no deberá exceder de siete en 24 horas, ya que son seis se cubren todas las necesida--des y generalmente le bastará con cinco alimentos al día.

Frecuentemente las madres interpretan el llanto de su hijo como manifestación de hambre, esto las lleva a darles de mamar - continuamente provocando con ello trastornos digestivos y muchas veces consiguiendo solamente disminuir la cantidad de su leche - por agotamiento. 11

Durante las 24 horas a las 6:00 A.M. debe haber descanso - absoluto para madre e hijo, para niños de cuatro a cinco meses en adelante el descanso nocturno es de ocho horas. Las tetadas no - deben durar más de veinte minutos y en cada comida, se aconseja - que el niño se alimente de los dos senos.

E) MECANISMO DEL ACTO DE MAMAR.

El acto de mamar demanda realización y coordinación de va--riados movimientos y pueden ser distinguidas dos fases:

La primera es la aspiración donde asegura la prehensión de--la fuente de alimento.

La segunda es primordialmente de presión para extraer la le--che.

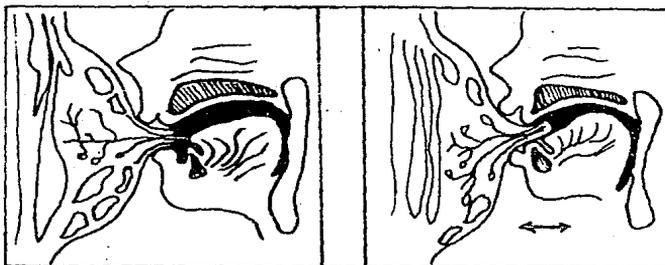


Figura 1. Dibujo a la izquierda demuestra la primera fase, a la derecha tenemos la segunda fase del acto de mamar.

En esta etapa de la vida, la lengua tiene un tamaño muy grande para facilitar la función de alimentarse con el cómodo contacto con el labio inferior. Los labios prenden el pezón y la lengua acanalada longitudinalmente que le sirve de soporte. En esta forma el pezón y parte de la aureola quedan redondeados por arriba por el labio superior y por abajo por el labio inferior y la punta de la lengua. 14

El orbicular de los labios cumple con la función de ocluir por lo que hay un cierre hermético. La lengua se encuentra elevada y su cara dorsal se apoya contra el paladar. Estos órganos funcionan como una unidad cerrando el paso al interior del organismo.

En este momento es cuando la mandíbula baja, simultáneamente, la lengua se retruye y desciende en la medida necesaria para aspirar el pezón, dentro de los burletes palatinos y se provoca un vacío en la parte anterior de la boca, actuando como un pistón de una bomba. Así termina la primera fase con la que se logra que la leche llene los conductos galactóforos.

En la segunda fase, se vacían los conductos galactóforos. Los labios se encuentran herméticamente cerrados alrededor del pezón y la mandíbula se adelanta hasta conseguir el enfrentamiento de los rodetes gingivales.

La lengua mientras tanto forma una canaladura transversal, asegurando la aprehensión del pezón entre los rodetes gingivales. En seguida la mandíbula se retruye y friccionando el pezón entre los rodetes, lo exprime gracias al movimiento que realiza hacia atrás en una especie de movimientos peristáltico y con la oportuna contracción de los milohioideo, la leche es expulsada hacia la faringe. Los milohioideos al encontrarse levantan el piso de la boca y comprimen la lengua contra el paladar.

Los receptores del velo del paladar se ponen rápidamente en acción ante el estímulo y la respuesta consiste en el estiramiento y elevación del paladar blando. El mecanismo oclusivo posterior de la cavidad, funciona de esa manera cerrando la comunicación con las fosas nasales y permite tragar en forma fisiológica.

En los primeros momentos, el mecanismo oclusivo posterior y la - inhibición respirativa deglutiva pueden no estar diferenciados en este caso, el lactante presenta pequeños ahogos que dificultan la deglución. Una vez tragada la leche vuelve a descender la mandíbula, torna a formarse el vacío en la cavidad oral y comienza - otra vez el ciclo.

Hay dos tipos de enfoque con respecto al horario de las lactadas; uno es el régimen de horario fijo y el otro, régimen libre o autodemanda.

Régimen de horario fijo.

Para algunas madres perfeccionistas y rígidas, la precisión en la hora de la lactada representa un elemento de seguridad, evi^{ti}tándoles la responsabilidad de tener que decidir sobre la alimentación extemporánea del lactante, o si el niño llora de hambre o por cualquier otra causa.

Este régimen se puede atenuar permitiendo cierta laxitud de hasta treinta minutos en el adelanto o postergación de la lactada, según el niño exhiba manifestaciones de hambre antes de la hora - prefijada o duerma más allá de ella.

Al contrario de esto, si el ritmo fisiológico del hambre - del niño se adelanta a la hora, es breve por razones constitucio-

nales o por haber ingerido menor cantidad de leche en la lactada anterior, éste puede llorar, intranquilizando a la madre.

Régimen de horario libre o autodemanda.

Este permite que la alimentación al ritmo propio de hambre y se evita el llanto por ésta razón, dado que se calma cuando se manifiesta. La madre ejercita plenamente sus instintos de responder a las necesidades del hijo en cuanto aparecen, el niño sano se regula así mismo con bastante exactitud y su ritmo fisiológico de hambre se repite con periodicidad y regularidad por lo que este régimen converge, finalmente en un régimen de horario fijo atenuado.

Por otro lado se requiere un cierto nivel cultural de la madre, de manera que sepa interpretar correctamente el llanto "por hambre" diferenciándolo de otras causas. En realidad aún cuando le ofrezca el seno cuando el niño lllore por diversos motivos diversos: calor excesivo, ropa apretada, cólico, ardor a causa de orina o materias fecales, sobre eritema perineoglúteo, la sobrealimentación que ocurre no lleva aparejada ninguna consecuencia desfavorable, fuera de un problema de sobrepeso.

2.- ALIMENTACION MIXTA.

Este es régimen alimentario en el cual el niño toma leche -

de pecho o directo y la otra leche de origen animal, que es generalmente de vaca; fresca o en polvo.

Antes de la indicación de pasar a la alimentación mixta, debe verificarse si la madre está produciendo toda la leche de que sea capaz, es decir, si existen factores interfirientes y susceptibles de conexión que disminuyen su secreción lactea como hipogalactia, fatiga física, preocupación y tensión nerviosa. Además si el niño esta ingiriendo toda la leche que segrega la madre, pues niños debilitados de bajo peso al nacer convalescientes de -afecciones agudas, inapetentes, con labio leporino y palatosquis, pueden no ingerir toda la provisión de leche que les ofrece la madre.

Indicaciones maternas para la alimentación mixta:

- 1) Hipogalactia.
- 2) Trabajo de la madre fuera del hogar.
- 3) Razones de salud.

Indicaciones del niño para la alimentación mixta:

- 1) Fisura velopalatina.
- 2) Prematurez o distrofia severa (en los que debe aumentarse el aporet proteico y de sales minerales, mediante el suministro de caseinato de calcio).

Cuando la alimentación mixta es por hipogalactia se dá al bebé en el momento de comer tanto alimentación al seno como biberón y cuando es alimentación mixta por causas laborales, unas horas - se alimentará solo de seno y otras solo de biberón.

3.- ALIMENTACION ARTIFICIAL.

Es aquella que consiste en ofrecer al niño alimentos distintos a la leche materna durante la época en que debería ser alimentado de pecho.

Los conocimientos acerca de las funciones digestivas del niño por la industria de las leches artificiales ha avanzado mucho durante los últimos años. Así puede garantizar un magnífico progreso del niño alimentado con dichos preparados. La alimentación artificial no deja de presentar algunas dificultades como son la carga económica que supone.

La obligación de preparar y vigilar la administración de la fórmula con gran cuidado y el hecho de que a diferencia de la leche materna que siempre es apropiada, algunos niños pueden tener intolerancia a la leche de vaca y sufrir manifestaciones alérgicas por dicha causa.

La dinámica de sus órganos en el acto de la alimentación - serán diferentes para el niño alimentado por biberón pues todo -

aquel coordinado ciclo de movimientos se realizarán de una forma más sencilla, con mayor facilidad y menos esfuerzo. Sin embargo tiene varias desventajas como son:

1) El niño se alimentará de mayor cantidad en menor tiempo con la siguiente incorporación de aire y por lo tanto habrá menos secreción salival y disminución de la fuerza muscular.

2) Al ser menor la función muscular, el crecimiento tisular se verá disminuído.

3) Al tomar mayor cantidad de leche y por lo tanto de aire, dificultará su digestión.

4) El niño no se asegura que tenga un sueño fisiológico - tranquilo y reparador al no tener fatiga por el amamantamiento.

5) Al no haber movimientos propulsivos de la mandíbula por esta alimentación artificial, esto puede influir en la desarmonía en el crecimiento de los maxilares así como la erupción de los - dientes.

6) En niños alimentados artificialmente llega a haber desnutrición.

4.- DESTETE.

Se refiere a la supresión definitiva de la lactancia del se no. Es conveniente que desde el segundo mes se inicie el empleo de un biberón de leche artificial para que el niño se familiarice con el sabor del alimento y con el uso de la tetilla.

Si un niño ha llegado a los seis, siete u ocho meses con alimentación natural suficiente, enriquecida con alimentos comple mentarios variados exhibe un buen estado nutricional y de maduración psicoemocional.

Si la madre desea lactar algunos meses más, no existen razo nes científicas para oponerse a ello. Sin embargo, la madre de-- sea liberarse de su sujeción que significa la lactancia o presen ta causas médicas que aconsejan evitar dicha exfoliación nutricio nal, debe procederse a la sustitución por la leche de vaca.

Generalmente, esta sustitución se inicia hacia el cuarto a- quinto mes en todo niño normal, evitando hacerlo en verano. La incon veniencia del destete en verano se funda en la mayor posibi lidad de contaminación bacteriana de la leche producida por el ca lor, así como la disminución de la opacidad digestiva debido al mismo factor climático.

El pasaje de leche materna a leche de vaca debe efectuarse progresivamente, sustituyendo una o dos lactadas diarias por biberones, tomándose todo el tiempo necesario para que el niño se acostumbre al nuevo alimento y a la madre le vaya disminuyendo la secreción lactea al vaciarse menos sus glándulas.

La lactancia natural ofrece al niño vivencias de seguridad, proximidad al ser que atiende sus necesidades, amor, etcétera; cu ya expresión debe ahora modificarse y tomar otra forma, a través de la alimentación con biberón. Algunos niños recientemente destetados suelen reclamar el pecho, en relación con una situación de stress psíquico como son; frustración, susto, reprimenda, etcétera. Ocasionalmente, la lactancia natural prolongada corresponde a una excesiva dependencia entre el niño y la madre. En esta circunstancia, el destete tardío se acompaña de inapetencia o de rechazo del alimento artificial, que deben ser vencidos con persuación.

Por lo tanto, la alimentación al pecho materno es más conveniente y el tipo más seguro para nutrir al lactante con el alimento ideal, sobre todo en los primeros cuatro meses de vida. Esto ha sido comprobado por los resultados obtenidos en muchos estudios recientes en las áreas nutricional, psicológica, social, económica y médica. La madre al amamantar a su hijo le provee un alimento completo, apropiado, estéril y de fácil digestión y que,

indiscutiblemente, mejorará sus relaciones afectivas.

La alimentación de pecho es indispensable el primer trimestre de vida, necesaria el segundo y complementaría el tercero.

Se señala que los aspectos relacionados con la alimentación a cualquier edad tienen significados y consecuencias psicológicas, particularmente durante la infancia, y de manera especial, durante la época de lactancia. Esta no debe considerarse sólo un procedimiento fisiológico para nutrir el niño; sino además, como manera de comunicación psicosocial entre éste y la madre.

Las interacciones psicobiológicas y sus consecuencias de comportamiento personal observadas en ambos dependen en forma significativa según el tipo de alimentación que se emplee; pero, en términos generales, los mejores logros se obtienen con la alimentación del pecho materno.

Por otro lado, en estudios recientes realizados en animales, se demostró que, independientemente del aspecto nutricional, la alimentación de pecho significa un acercamiento temprano y la interacción física entre madre y el recién nacido relacionados a una fijación de patrones de comportamiento, así como al desarrollo de las células cerebrales durante la crítica etapa del crecimiento cerebral.

IV.- HABITOS BUCALES ADQUIRIDOS EN LA ETAPA ORAL

Cada individuo es un manejo de hábitos. Muchos son deseables y conservan tiempo y energía; otros son perniciosos y tienden a perturbar la función normal o deformar. 21.

Un hábito adquirido, desde el punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Este tema es motivo de mucha controversia e interesa a todos quienes trabajan con niños como pediatras, odontopediatras, ortodoncistas, psicoanalistas, psicoterapeutas, maestros, etcétera. 7

Un hábito es la práctica fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se hace menos consciente y, si repetido a menudo, puede ser relegado por completo a la mente subconsciente. El hábito, para el niño que lo está aprendiendo, es un procedimiento difícil y requiere mucho esfuerzo consciente, mientras que el adulto lo hará con su mente ocupada en otros problemas, el hábito se convierte así realmente en un modelo mental inconsciente.

Los actos infantiles resultantes en modelos mentales incon-

cientes parecen surgir de cinco fuentes principales, a saber: Instinto insuficiente o incorrecta salida de energía, dolor o incomodidad, tamaño físico anormal de las partes, imitación de/o imposición de los padres y otros. 21

El principal acto inactivo del infante es la succión y son las actividades motrices orales más importantes. La succión es muy frecuente, normalmente decrece con la edad y es importante hasta el segundo año.

Los importantes hábitos que deforman las dentaduras y la cara son la anormal succión, mordisqueo y respiración, posturas incorrectas y la posición mandibular anormal y de la lengua. Las malformaciones producidas por el hábito pueden ser prevenidas, y es decir de médicos y odontopediatras y ortodoncistas evitar estos traumas y favorecer, con ello, el bienestar de los niños.

La estrecha interdependencia que priva entre las discipli--nas médicas hace indispensable el intercambio de conocimientos y la comunidad de esfuerzos a favor de la salud del hombre, particu--larmente del niño. Así el médico general, que a menudo puede advertir deformaciones dentofaciales en el paciente infantil, debe poseer conocimientos sobre Odontología y Ortodoncia. Por su parte, el odontólogo ha de conocer las implicaciones técnicas y emocionales de la lactancia.

La corrección de los malos hábitos orales del niño, que obedecen a diversos factores y desembocan con frecuencia en alteraciones anatómicas con sus consecuentes deformaciones estéticas y conflictos psicológicos, es un problema que requiere la acción coordinada de ginecólogos, pediatras y foniatras. El bienestar del niño es pauta de preocupación común y, no es el diente, ni el diente, ni un grupo de piezas dentarias lo que nos interesa, sino el niño íntegro, sus sentimientos y personalidad, con su plena potencialidad de vida y de futuro en un ambiente familiar y en un medio social determinado. Si mientras se están enderezando los dientes, se está doblando el yo, toda la validez del proceso es nulo. 2,7

A) ACTOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos esencialmente aceptables. Los hábitos que se adoptan y abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste, se denominan no compulsivos. 3

B) ACTOS BUCALES COMPULSIVOS.

Generalmente, se concuerdan en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al gra

do que éste acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arrigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales - compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento de cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación; y, así mismo, se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

C) CLASIFICACION DE LOS MALOS HABITOS.

Según las deformaciones que producen en las estructuras maxilofaciales, se clasifican de la siguiente forma:

I.- Hábitos que corresponden a perversiones de los procesos fisiológicos normales:

a) Hábitos anormales de succión.

- b) Hábitos anormales de la respiración.
- c) Hábitos anormales de la deglución.
- d) Hábitos anormales de la fonación.

II.- Hábitos diversos:

- a) De la lengua.
- b) De las mejillas.
- c) Introducir cuerpos extraños en la cavidad oral.
- d) Roerse las uñas.

III.- Hábitos de postura:

- a) Presiones anormales.
- b) Malos hábitos de dormir.
- c) Malos hábitos de estudiar.
- d) Mímica.

IV.- Hábitos nerviosos espasmódicos:

- a) Respuesta del infante bajo stress.
- b) Actitud paterna.
- c) Bruxismo.

1.- SUCCION DIGITAL.

La succión digital puede definirse como la colocación del pulgar o de uno o varios dedos a diferentes profundidades en la boca.

La succión digital es una actividad automática muy corriente en el niño. Prolonga, en el niño de teta, el placer de la lactancia y le sirve para engañar el hambre o para consolarse de la ausencia de su madre.

La mayoría de los niños, durante las primeras veinticuatro horas de vida, llevan el pulgar a su boca y empiezan a succionar con fuerza. Pocos son los que abandonan este vicio antes de finalizar su primer año de existencia pero, si el hábito no aparece durante este tiempo, es improbable que lo adquiera más tarde.

La práctica de chuparse el dedo debe considerarse como un reflejo normal. En unos casos, solamente se manifiesta cuando el niño siente hambre, sueño, incomodidad o fatiga; en otros, no es preciso que se cumplan estos requisitos y el niño chupa el pulgar en cualquier circunstancia y por cualquier motivo.

La época en que este hábito llega a su culminación es la comprendida entre los cinco y nueve meses de edad, coincidiendo con la salida de los dientes; el niño se chupa el dedo con inten-

sidad, se muerde el puño y lleva a su boca todo aquello que encuentra. Pero, aparte de la necesidad de morder para calmar el dolor de las encías, el niño necesita chuparse el dedo de la misma forma que el adulto siente la necesidad de masticar chicle o de fumar.

Los tratamientos son diversos y diferentes para cada caso, posteriormente hablaré más ampliamente. Una trampa con punzón es un instrumento reforzador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre, para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre en-
gastado de un instrumento de acrílico removible, tal como el retenedor Hawley, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo. Las trampas pueden servir para:

- 1.- Romper la succión digital y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2.- Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
- 3.- Recordar al paciente que esta entregandose a un hábito.
- 4.- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

La trampa de rastrillo, al igual que la de punzón, pueden

ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica; esté aparato en realidad más que recordar al niño, lo castiga. Se construye de igual manera que el de punzón; éste tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas no sólo dificultan la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje labial y deglución defectuosa.

2.- RESPIRACION BUCAL.

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

- a) Por obstrucción.
- b) Por hábito.
- c) Por anatomía.

Lo que corresponden 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 y exhalar aire del conducto nasal, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace -

por costumbre aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo.

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

Se debe distinguir a cuál de estas categorías corresponde el niño. Hasta la fecha no se ha demostrado concluyentemente que la respiración bucal haya causado maloclusión.

Los mismos factores genéticos que contribuyen a producir maloclusión de segunda clase provocan respiración bucal.

El odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal o escudo bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar el niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca.

El protector bucal es un sólido escudo en la boca, que descansa sobre los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal.

Generalmente se inserta durante la noche antes de ir a la cama y se deja puesto toda la noche, para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

3.- HABITOS DE LENGUA Y LABIOS.

Este se relaciona con el hábito de succión digital y el hábito de deglución anormal. 17

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. La lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de deglución. A medida que la maloclusión es engendrada por la perturbación inicial del cierre dentario, ya sea por succión digital o por tener mordida abierta anterior; se va desarrollando una actividad muscular compensadora que acentúa la deformidad.

Al aumentar la mordida abierta anterior es paulatinamente más difícil para el niño, el cierre adecuado de los labios para

obtener la presión negativa que se requiere en la deglución normal. El labio inferior se situa detrás de los incisivos superiores y el cierre labial se obtiene por la actividad anormal del musculo borla de la barba.

El labio superior ya no debe formar como un esfínter en contacto con el inferior, cual es propio de la deglución normal, permanece hipnótico y afuncional presentando un aspecto acortado.

El labio superior al dejar funcionar como una fuerza re- - trictiva eficaz y el labio inferior al ayudar a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, trae como consecuencia una severa maloclusión.

Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de la mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores.

Este círculo vicioso se repite con cada deglución por lo que la actividad deformante es grande ya que aproximadamente se producen 2,120 actos de deglución a lo largo de 24 horas; presentando serios problemas cuando la lengua ocasiona un tragado defectuoso o proctátil. 15

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante-

el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, esto será difícil de lograr. Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar para llevar los incisivos a la alineación adecuada.

A un niño de más edad, preocupado por su aspecto, se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en ésta posición. Puede construirse una trampa de púas vertical, se hace similar a la sugerida para evitar succión del pulgar, excepto que las palatinas están soldadas en posición horizontal que se extiende hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

También el odontólogo puede ayudar surigiendo ejercicios labiales, tales como extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior; tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y ejercer presión acertada sobre las piezas anteriores superiores.

4.- ONICOFAGIA O MORDEDURA DE UÑAS.

Es un hábito común en todas las edades, que consiste en comerse las uñas y llega a producir pequeñas ulceraciones cutáneas.

En la operación de roer las uñas, el diente resbala sobre la superficie lisa hasta conseguir romperla. Sentir el fragmento de uñas caer sobre la lengua, es una victoria después del repetido ataque, es el ejemplo típico del alivio que sucede a la tensión, fenómeno que se considera de gran importancia en psicología. Morderse las uñas es lo que necesita el ansioso para obtener un minuto de respiro, se encuentra ocupado y distraído por un trabajo cuyo efecto podrá comprobar inmediatamente y cuyo resultado previsible, sin ningún género de dudas, será completamente su propia obra. Este sentimiento de alivio o éxito es sumamente paradójico. Este éxito tiende a la destrucción de una parte de sí mismo y satisface en el primer momento pero en el fondo es muy poco satisfactorio ya que una nueva fuente de ansiedad se originará por reciente destrucción.

Este hábito aumenta con frecuencia hasta los seis años de edad, permaneciendo a partir de entonces en cifras bastantes constantes hasta la pubertad cuando quizá bajo influencias de la presión social, la mayoría de los niños dejan de hacerlo.

La evidente agresividad que encierra el gesto de morderse las uñas tendrá su origen en el período de la primera infancia que corresponde a la salida de los dientes. Cuando tiene las encías irritadas, el niño experimenta la necesidad de masticar, de comer y destruir mientras come y de absorber al mismo tiempo. De igual modo tira los objetos, los golpea y rompe. En ocasiones la

intervención maternal tiende a reprimir esta necesidad tan primordial de la acción, pero si las fuerzas agresivas del niño buscan una salida hacia sí mismo, autodestruyendose.

El hábito, como cualquier conducta general no deberá ser considerado como malo a menos que perjudique realmente ya sea física o moral, al niño mismo a quien les rodea. Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas, cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos; se puede utilizar goma de mascar, cerillos, lápices, goma de borrar o incluso las mejillas o la lengua de las personas como substituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

5.- OTROS TIPOS DE HABITOS.

Hay algunos hábitos masoquistas en que se lastiman y se jalan el pelo del cuero cabelludo y llegan a provocar zonas de calvicie. Algunos niños rascan la mucosa nasal provocando irritación local, si es más persistente; llega a originar ulceración o sangrado del tabique nasal.

Estos hábitos pueden ayudarse a tratarlos con ayuda psiquiátrica, con paciencia y dedicación de parte de los padres.

6.- BRUXISMO.

Es otro hábito que se observa en los niños y que consiste en frotar los dientes entre sí. Generalmente es un hábito nocturno, producido durante el sueño, aunque a veces se presenta durante el día.

El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir abrasión considerable de los dientes y puede llegarla a tener en las articulaciones temporomandibular.

Se cree que el bruxismo es producido por causa emocional ya que ocurre en los niños nerviosos y muy irritables y que pueden presentar otros hábitos como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo se observa, en enfermedades orgánicas como: Corea, Epilepsia, Meningitis y algunos trastornos gastrointestinales.

El tratamiento entra en el campo del médico, psiquiatra y odontopediatra.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo-

una férula blanda, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al tratamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia - satisfactoria.

La construcción de una férula de caucho blando es la misma que la de un protector bucal.

V.- ETIOLOGIA DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL

Son varias y contradictorias las teorías ofrecidas para explicar la etiología de la succión del pulgar y por igual son contradictorias las recomendaciones publicadas para la corrección del hábito.

La succión del pulgar en el bebé es un problema que preocupa al pediatra y a los padres; pues a veces un problema de alimentación puede ser la causa de la iniciación del hábito. 9

Este hábito se debe a la imitación de otros niños que practican el hábito, de los producidos por alguna diferencia de trato en el hogar, dificultades y conflictos familiares, presión en el trabajo escolar, ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades, programas impropios de violencia o terror no aptos para menores, molestias que causan la erupción de los primeros dientes y falta de satisfacción oral en la forma de la alimentación. 7

Investigadores especialistas en el desarrollo de la niñez y psicólogos están de acuerdo que la succión del dedo es un acto natural en el recién nacido y empieza en algunos casos en el útero de su madre. 4

Muchos de ellos creen que la succión del dedo de los bebés-

es iniciada por la continuación normal del arraigo y reflejo de placer, el cual es una actividad innata de los infantes por los primeros tres meses de vida. 4

Freud creyó que había una sensación de deseo innata en la cavidad oral la cual induce al niño a buscar su satisfacción por alimentación y succión. 4

La succión del dedo es natural para el infante, porque la boca y los labios son zonas erógenas, las cuales persistentemente, llevan a un infante a succionar.

Ya que la succión es un acto natural para el infante, detenerla puede ser una violación peligrosa para el desarrollo psicológico del niño. Este acto es normal para los primeros dos años y medio de edad, después de los tres años y medio ya se piensa en un problema más serio.

Otros autores creen que la edad promedio de una interrupción espontánea de la succión es a los 3.8 años; mientras que otros creen que si la acción es vigorosa y continua será parada a la edad de 3.5 años; sin embargo pensamos que la edad promedio o límite es de tres años de edad.

Un gran autor declara que entre los dos y cuatro años, la succión puede desaparecer o desarrollarse en forma más agresiva -

como un problema de conducta.

Podría concluirse de esta revisión que la succión, pasado - el cuarto año de vida no es normal y debe ser analizada y tratada.

Existen tres teorías sobre la etiología de la succión; Es--tas son al parecer las más populares, razón por la cual las des--cribimos aquí.

A) TEORIAS PSICOANALITICAS.

Esta expone el punto de vista del famoso psiquiatra austriaco acerca de la succión que es un síntoma neurótico de una perturbación emocional resultante de una fijación del estado psicose- -xual oral.

La misma teoría dice que si hay una frustación o sobreindulgencia de necesidades orales durante la infancia, la conducta posterior del niño sufrirá algún deterioro. 2

Y pensó que la succión después de los cuatro y medio años - es definitivamente un signo de que algún trauma ocurrido en la niñez está evolucionando y que la intervención para parar este síntoma neurótico únicamente compondría la neurosis y producirá mayores manifestaciones de capricho psicopatológicos.

Otro autor menciona que carecer de amor y afección durante la alimentación es la base etiológica de problemas de succión dactilar. 4

Una tercera teoría respalda que los problemas emocionales son resultantes del sentimiento de rechazo de los padres y/o la presión causan regresión a la succión dactilar infantil.

Otro odontólogo sostiene esas declaraciones en el reporte de un censo de ortodoncistas, quienes encontraron que los disturbios emocionales en los niños presentan un gran número de problemas de ortodoncia resultantes de patrones de hábito con etiologías psicológicas.

La quinta teoría aclara que la succión dactilar tiende a persistir debido a tartamudez y resistencia hostil de los niños - debido al excesivo fastidio de los padres, puede precipitar una crisis emocional y de ese modo, el reforzamiento del hábito.

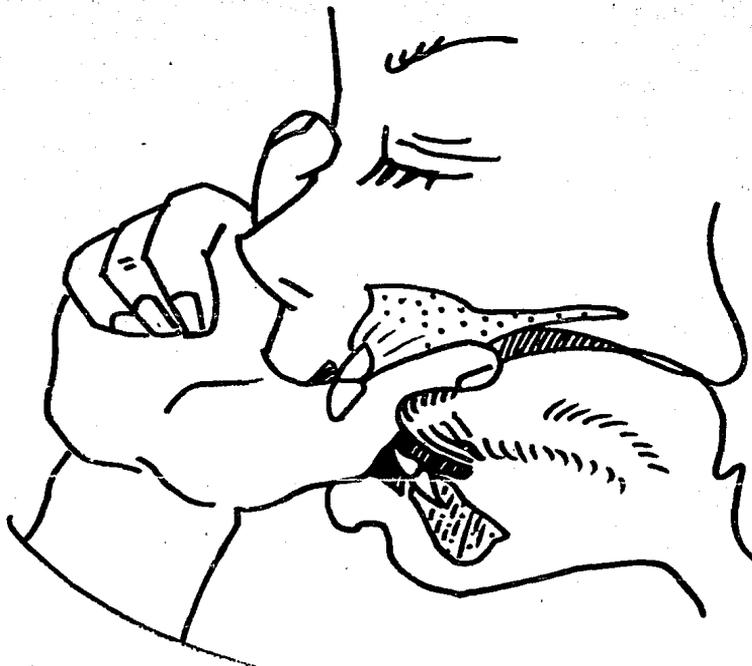


Fig. 2. Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión del pulgar. Nótese la malposición de la lengua, mandíbula y músculos que rodean la boca.

(Tomado de Moyers. RE Manual de Ortodoncia, Tercera Edición 1976).

B) TEORIA DE CARECIMIENTO DE LA FUNCION.

El recién nacido posee un mecanismo relativamente desarrollado de succión que en aquel momento, constituye la relación más importante que mantiene con el mundo exterior.

De esta función recibe no solo el alimento sino también el sentimiento de bienestar que es esencial en los primeros pasos de su vida. El sentimiento de seguridad, el calor de la asociación y la impresión de un buen acogimiento son requerimientos universales que el lactante satisface a través de la succión. Los pediatras y los psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y las vías desde estos al cerebro se hallan relativamente bien desarrolladas. Posteriormente, cuando se crean nuevas sinápsis y nuevas vías, el niño precisará depender exclusivamente de este tipo de comunicación.

Las cuestiones no aclaradas respecto a la alimentación de pecho comparada con el biberon son aún bastante numerosas, pero las investigaciones más recientes han señalado que hasta ahora se ha prestado una atención demasiado escasa a la satisfacción sensorial que procura la alimentación al pecho. Preocupados sólo por encontrar un método eficiente de administración de leche, los fabricantes de tetinas han prescindido de las bases fisiológicas de la succión y deglución infantil.

Al tomar el pecho materno, el niño separa sus encías y la lengua es avanzada como un émbolo de modo que la lengua y el labio inferior establecen un contacto permanente. El maxilar inferior se mueve rítmicamente arriba y abajo, adelante y atrás, debido a la contracción y relajación alternas del mecanismo bucinador.

El niño encuentra agradable el contacto cálido del pecho no sólo en los tejidos inmediatos al pezón también es una zona ampliamente extendida alrededor de la boca. La tibieza y blandura del cuerpo materno aumenta indudablemente la sensación de bienestar del niño.

El hombre no ha podido fabricar aún un sucedáneo del cariño y atenciones de placer de la asociación.

La tetina de goma corriente únicamente establece contacto con la porción mucosa de los labios. No sólo falta el calor asociativo que procuran el pecho y el cuerpo de la madre, sino además es alterada la fisiología de la succión. Por la forma defectuosa de muchas tetinas, la boca debe mantenerse abierta en acceso, lo que significa un mayor esfuerzo para el mecanismo bucinador. El mecanismo de bombeo de la lengua y el movimiento hacia adelante y hacia atrás del maxilar inferior se reducen. El complejo acto de tetar se convierte en una simple succión y aunque se agrande el agujero de la tetina, el niño no puede aspirar gran cantidad del alimento. Con el fin de acelerar el proceso de in--

troducir leche en la garganta del niño, que al aumentar el flujo de alimento, les permite abreviar el tiempo destinado a la crianza.

Para corregir estos inconvenientes se fabrica actualmente un tipo de tetina que se parece al pecho materno y así incita una actividad funcional semejante a la que se desarrolla en la lactancia natural. Los autores de la tetina y del chupón o ejercitador de la forma anatómica espera que si se utilizan debidamente, colmaran bastante la necesidad que impide al niño a chuparse los dedos entre las tetadas y al acostarlo.



Fig. 3. Al tetar, la mandíbula del niño se mueve rítmicamente adelante y atrás, en combinación con la acción esfinteriana perioral. Las encías se aproximan mutuamente, aplanando el pezón.

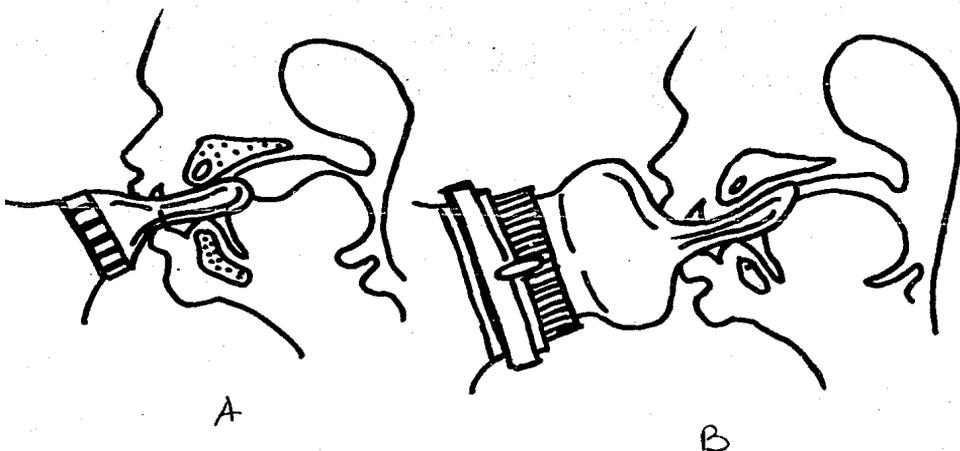


Fig. 4. En el dibujo A se muestra la lactancia no fisiológica con biberon. El dibujo B demuestra la acción del biberon Nuk Sauger que imita la actividad natural. (Tomado de Graber T.M.: Ortodoncia "Teoría Práctica". Tercera Edición 1974).

C) TEORIA DE SUCCION DACTILAR COMO PATRON DE APRENDIZAJE.

Esta teoría sugiere que el niño aprende a asociar la succión con perspectivas agradables como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos. Los partidarios de esta teoría se basan en las leyes del aprendizaje como el funcionamiento de los patrones de conducta.

Otros autores describen estos patrones así, el niño aprende a asociar el chupar el dedo con muchas situaciones como la ingestión del alimento, el calor y seguridad, atención de los padres y

la renuncia de agresión.

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

Mientras el Freudismo sigue diciendo que los niños succionan por que aquellos están emocionalmente obstaculizados, las teorías del aprendizaje dicen que la succión dactilar no tienen un aspecto emocional de causa.

D) TRASTORNOS QUE OCASIONA EL HABITO.

El hábito de mamar no siempre tiene un efecto negativo sobre el desarrollo de dientes y maxilares. Por lo menos la mitad de los jóvenes que vemos con este hábito, se colocan un dedo en la boca y hacen una actividad parecida a lamer. Los hay con los labios cerrados o con la boca abierta, y una no muy fuerte actividad de succión de la musculatura oral. Muchas veces estos individuos tienen un alineamiento de dientes ideal y una oclusión.

Sin embargo, algunos hábitos retenidos tienen un efecto destructivo en el desarrollo de dientes y maxilares. Cuando los labios están fruncidos y exista una gran actividad de succión de la musculatura oral, hay alteraciones en el alineamiento de los dien

tes, forma de arcos y puede ocurrir que haya sobremordida.

Los efectos de presión se hacen sentir principalmente en el hueso. El hueso es un material duro que a primera vista, parece inmune a pequeñas presiones, sin embargo es un órgano vivo, que durante su vida, está sujeto a cambios constantes y que es afectado por los músculos que lo rodean por la mala salud, por la dieta inadecuada, trastornos endócrinos, etcétera.

Los dientes ocupan una posición equilibrada en el arco dental entre las fuerzas opuestas de los labios y la lengua. La teoría del equilibrio no es tan simple ni limitada únicamente a las presiones musculares, otros numerosos factores entran en el cuadro. Sin embargo, las fuerzas o presiones adicionales aplicadas a los dientes en períodos extendidos, como el hábito de chuparse los dedos, trastornan el alimento del arco dental creando una maloclusión.

1.- SUCCION DE LOS DEDOS EN LOS PRIMEROS AÑOS.

La experiencia demuestra que en los primeros años de vida de las perturbaciones de la oclusión dentaria delimitan principalmente al segmento anterior, este trastorno suele ser temporal, presuponiendo que inicialmente el niño tuviera una maloclusión normal. A menudo las anomalías producidas por este hábito se parecen a la maloclusión hereditaria; clase II subdivisión 1.

Se ha reportado una significativa asociación entre la relación del molar Clase II y el hábito de chupar en preescolares.

Muchas veces se da por sentado por el retrognatismo del maxilar inferior, el prognatismo del segmento anterior del superior, la hiperdaquia horizontal excesiva, la flacidez del labio superior, el paladar ojival y la estrechez de las arcadas dentarias son consecuencias de la succión de los dedos.

Si el niño posee una oclusión normal y ha renunciado al citado hábito hacia los tres años de edad, muy pocas veces presentará otras anomalías que una ligera reducción de la hiperdaquia normal en la mordida, aumento de la proyección del maxilar superior y cierto diastema entre los incisivos de este último. Puede presentar también un agrupamiento o desplazamiento lingual de los dientes anteriores de la mandíbula.

2.- SUCCION DE LOS DIENTES DESPUES DE LOS TRES AÑOS Y MEDIO.

La persistencia de la maloclusión aumenta manifiestamente en los niños que conservan este hábito tras cumplir los cuatro años.

La hiperdaquia excesiva, que acompaña a menudo el hábito de succión aumenta progresivamente la dificultad de la deglución. En el momento de está, los labios no tapan la dentadura sino que el-

labio inferior se sitúa lingualmente a los incisivos superiores - y los empuja hacia adelante. La deglución requiere la formación de un vacío parcial. Durante todo el día deglutimos al menos una vez por minuto y las anomalías de los músculos labiales se acompañan a menudo de un empuje compensador, de la lengua durante la deglución. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior del maxilar inferior. Por consiguiente, la deformidad se intensifica - hasta un punto que es imposible atribuírla al vicio de succión.

También se observan en las succiones digitales cruzadas unio bilaterales.

Los antecedentes demuestran que los niños de ocho años, diez o doce, quienes han dejado el hábito de "chupadedos", todavía tenían un 33% de aumento en maloclusión Clase II. Más aún un reporte basado en antecedentes de niños de seis a once años cuyas oclusiones se examinaron durante la segunda encuesta del exámen de salud en Estados Unidos, indicó que el 8% de los niños tenían por lo menos un premolar o molar superior atravezado.

La duración, la frecuencia y la intensidad deben ser consideradas por el psiquiatra, el pediatra y el dentista. La morfología inicial y el tipo dentofacial resultante también deben tenerse en cuenta en el pronóstico sobre el trastorno final de la oclusión.

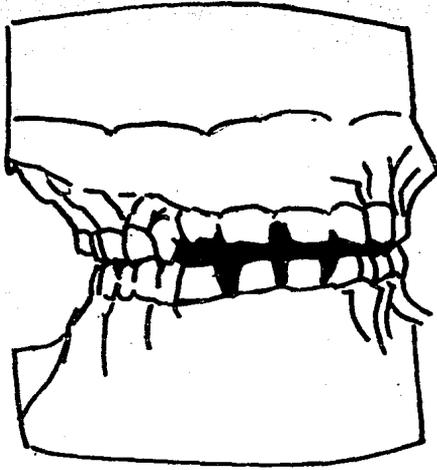


Fig. 5. Problema de Mordida Abierta que se muestra en los modelos de estudio de un niño, con historia de chuparse el dedo y hábito de proyectar la lengua.

V.- TRATAMIENTO

La prevención de ciertos hábitos comienza con la lactancia adecuada y la elección de un chupón artificial fisiológicamente diseñado. 5

Hay que recordar que el hábito de succión digital es normal en los primeros diez y ocho meses de vida. Desde esta edad hasta los cuatro años, se recomienda una actitud pasiva e indiferente - cuando normalmente empieza a desaparecer el hábito, para tranquilidad de los padres, la deformación que se produce por éste hábito en el paladar de los niños es reversible porque el hueso es plástico y muy moldeable hasta los cuatro años de edad y se corrige por sí sola.

Algunas mordidas abiertas pueden ser provocadas por la continua succión digital que impide la total erupción dentaria y la lengua ocupa el espacio interdental tanto durante el acto de la deglución como en su posición postural de descanso (aunque el hábito ya no esté presente).

Sin embargo, existen individuos con mordida abierta que nunca tuvieron este hábito, por lo tanto, éste no es el único factor etiológico de mordida abierta. 7

En el tratamiento del hábito de succión digital, es necesari-

rio determinar si el acto es significativo a vacío. Si el hábito de chupar es un síntoma de costumbres anormales, la consulta con un psiquiatra es la primera consideración y en estos casos, puede ser reconocido como significativo con la simple discusión del problema en el paciente.

Puede ser difícil determinar la naturaleza del hábito y el tratamiento general tiende a corregir el mismo de manera que no resulte un trauma psicológico.

1.- TRATAMIENTO EN NIÑOS PEQUEÑOS QUE PRESENTAN DENTICION PRIMARIA.

Después de los cuatro años de edad, se empieza con el tratamiento asegurándose de que esté psicológicamente preparado para esto. No se utiliza ningún aparato intrabucal, más bien el dentista debe orientar sus esfuerzos hacia el asesoramiento de los padres.

El tratamiento requiere únicamente la explicación y tranquilización de los progenitores acerca de la necesidad bucal del niño así como cierta satisfacción de estas exigencias, prolongado la alimentación y proporcionando al niño juguetes apropiados para meterlos a la boca. El empleo de medidas físicas frenadoras o de castigo solo sirven para agravar la situación. 17

Se tiene que explicar claramente al niño sobre la deformación que están sufriendo sus dientes por chuparse el dedo. Se le puede decir que se le va a ayudar para que el dedo no se meta a su boca colocandole una bandita elástica en el codo que le va a recordar el sacarle el dedo al sentir las cosquillas que está causando.

2.- TRATAMIENTO PARA NIÑOS CUANDO EMPIEZA LA ERUPCION DE LOS INCISIVOS PERMANENTES.

El Odontólogo puede recurrir a un programa de autoayuda para tratar de obtener la colaboración del niño. Solo hay que tranquilizar y hacer comprender al niño porqué queremos suprimir el hábito.

El odontólogo debe halagar al paciente acerca de su apariencia y encontrar algo positivo que decir de referencia a sus dientes, color, figura, tamaño, ausencia de caries, limpieza, en fin hay que convencer al paciente de que no obstante las condiciones en que pueden estar sus dientes, si trabajan juntos él podrá tener una hermosa dentadura si se rinde ante su hábito. En este momento, se le puede mostrar algunos moldes de las peores proyecciones dentarias que tengamos y el mismo caso después de que la maloclusión ha sido resuelta.

Ya que todos los incisivos permanentes han erupcionado, si-

3.- TIPOS DE DISPOSITIVOS INTRABUCALES.

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito de succión digital deberá:

- 1) No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.
- 2) No requerir recordatorio para usarlo.
- 3) No avergonzar con su uso.
- 4) No complicar a los padres. 10

Una señal clara de incodidad o un dolor leve recuerdan al sistema neuromuscular, aún cuando el niño está dormido, que es lo mejor que el pulgar no entre. En este punto el niño sabe que necesita ayuda para recordar al pulgar que permanezca afuera, por ejemplo: cuando está dormido. 10

A continuación se presentan dos tipos de aparatos:

- 1.- Espolones es el método que resulta el de mejor pronóstico en la mejor resolución de mordida abierta, ya que el aparato con espolones produce un cambio en el ambiente bucal, no permite que la lengua no se apoye ni en los dientes, ni en el aparato, dejando que hagan erupción los dientes. Este cambio modifica

el hábito continua, la colocación de un aparato intrabucal puede estar indicado.

Los padres deben suprimir todos los remedios caseros y deben entender hasta que grado el hábito ha contribuido a la maloclusión. Ambos padres deben aceptar el hecho de que el tratamiento es un asunto estrictamente entre el dentista y el niño. El niño debe comprender lo que su actividad chupadora esta haciendo con sus dientes y después manifestar el deseo de suspender esta actividad.

Dentro del tratamiento dental el dentista debe estudiar la oclusión y el perfil facial. Si hay un componente esquelético para maloclusión Clase II división 1, habrá superposición dentaria horizontal, esté o no chupando el dedo el niño. Por lo tanto la inserción de un aparato para imedir la succión digital no tendrá ningún efecto sobre la maloclusión. Pero si el patrón de crecimiento es favorable y la mordida abierta solo tiene un componente dental, un dispositivo intrabucal puede estar indicado. Sin embargo, primero debe intentarse el programa de autoayuda que permitirá determinar si el hábito carece de base emocional y además ayudará a establecer una relación positiva entre el dentista y el niño.

la alimentación sensorial que recibe el cerebro obteniéndose una nueva respuesta motora funcional y posición postural normal de la lengua.

Esta respuesta puede llegar a estar permanentemente impresa en el cerebro si se dejan los espolones por el tiempo adecuado de un año, evitándose así la reincidencia.

2.- Las trampas pueden consistir en un arco de Nance y es donde está el botón de acrílico salen loop's o dobleces de alambre. Puede ser una trampa con placa tipo Howley que al contener un arco vestibular, se puede ir activando para lograr que los incisivos permanentes superiores se vayan hacia atrás y así se logra que se vaya cerrando la mordida.

En caso de existir hábito de la lengua asociado a la succión digital y mordida abierta anterior es más recomendable usar espolones. 7

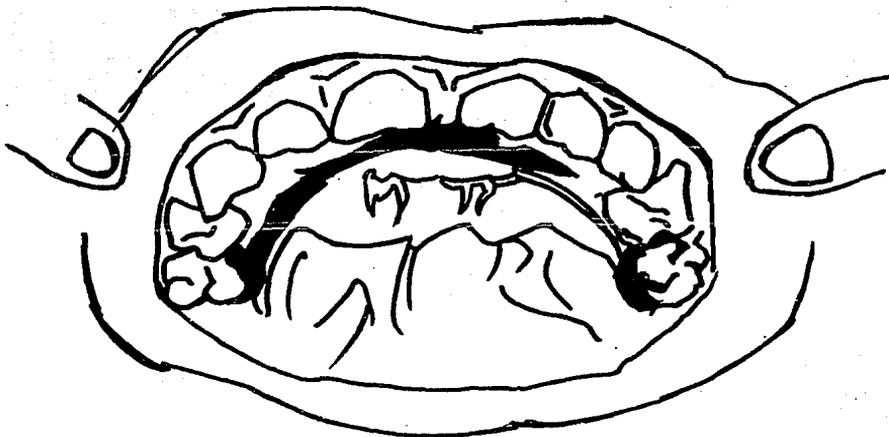


Fig. 6. Ilustración intraoral donde se pueden apreciar mejor los espolones, y en este caso las bandas están cementadas en los segundos molares primarios.

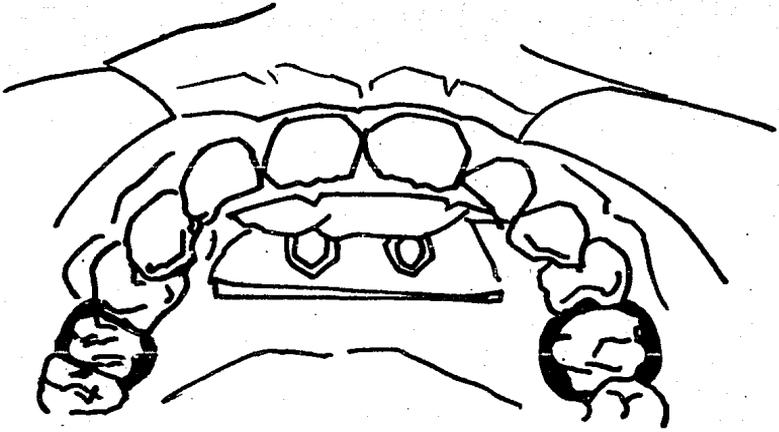


Fig. 7. Esta ilustración muestra un aparato intrabucal fijo de tipo trampa lingual, en el que se observa como salen los - loop's de botón de acrílico y las bandas están cementadas en los segundos molares primarios.



Fig. 8. Ilustración de un aparato removible de trampa lingual con trampa tipo Howley donde se observan los loop's que salen por detrás de los incisivos superiores, también se puede ver el arco vestibular que ayuda a empujar a los incisivos superiores.

4.- FUNCION DEL APARATO.

El aparato desempeña varias funciones:

- 1) Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño desde luego, podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo. Se deberá explicar a los padres y al niño que el aparato sólo sirve para enderesar los dientes y mejorar su apriencia.5
- 2) El aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en un sentido labial, evita la creación de mordida abierta y reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.
- 3) El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás cambiando su forma durante la posición postural de descanso, de una masa elongada a una más ancha y normal.

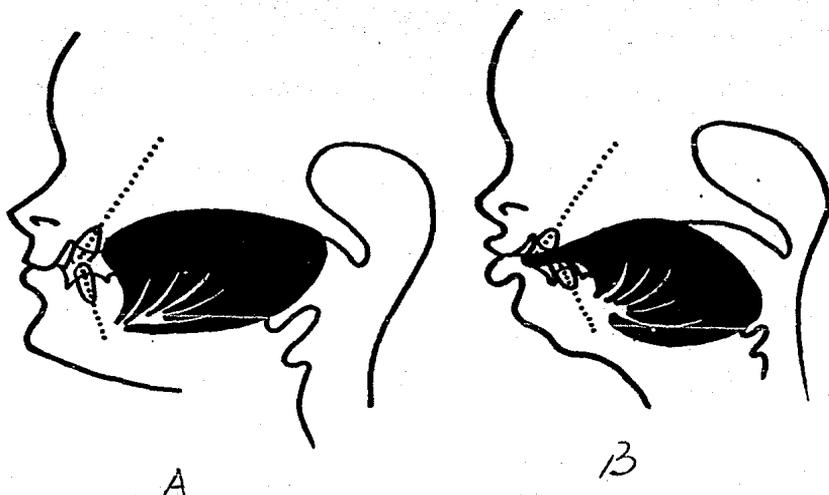


Fig. 9. La posición de la lengua en la acción normal de deglución llena el paladar detrás de los incisivos superiores; - B, con deglución retrógrada y empuje lingual, donde se produce mordida abierta, la lengua se extiende en el espacio que existe entre las piezas superiores e inferiores - que descansan en las superficies linguales de las piezas anteriores. (Tomado de Finn Odontología Pediátrica).

5.- DESCRIPCION DEL APARATO.

Se miden bandas de ortodoncia en los segundos molares primarios o en los primeros molares permanentes superiores, se toma una impresión de alginato y se vacian los molares con yeso. A continuación se fabrica el aparato sobre el molde. Se recortan sobre el modelo la cara mesial del primer molar permanente y la cara distal del primer molar primario y se ajusta la banda, en ese caso, en el primer molar primario, adaptandola a que baje lo suficiente en seguida se solda a las bandas un arco palatino de alambre de acero inoxidable de .045" de diámetro.

En caso de ser espolones, en su parte interior del arco, se soldan de 6 a 8 espolones agudos de 0.26" de diámetro y de uno a tres milímetros de longitud. Estos espolones estan dirigidos hacia abajo y atrás.

Si se usa el arco con trampa, el arco palatino tiene forma de rectángulo teniendo sus vértices a nivel de caninos. En el contra del paladar tiene un botón de acrílico de donde salen los "loop's con el alambre del mismo diámetro y salen en forma vertical. El alambre base se coloca ajustándose pasivamente en el modelo, para evitar movimientos no deseados de los dientes". 5

En la segunda cita, se coloca el aparato conectando las bandas a los molares correspondientes. Deberá procurarse que los in

cisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del arco central. Si existen contrastes, estos espolones o loop's deberan ser recortados y doblados hacia el paladar. 5

Los espolones al igual que las trampas, impiden que el paciente hable con una pronunciación perfecta, sobre todo durante las primeras semanas después de cementar el aparato. Es importante mencionar al paciente y a sus padres que no se preocupen porque en poco tiempo hablará normalmente si antes del tratamiento tenía defecto fonético es posible que se elimine al cerrar la mor dida. También se le debe indicar al paciente que podrá comer perfectamente después de pocas semanas de haber cementado el aparato. 7

Antes de despedir al paciente, es necesario explicarle la importancia de que cepille el paladar a nivel de los cíngulos de los incisivos superiores, ya que el aparato impedirá que la lengua elimine la placa dentobacteriana que se acumula en esa zona. También debe indicarsele que en caso de ser espolones, cubrá los espolones con algodón durante los primeros días mientras su lengua se acostumbra al nuevo ambiente bucal. 7

Deberán hacerse visitas periódicas a intervalos de tres o cuatro semanas.

El aparato para este hábito se lleva de cuatro a seis sema-

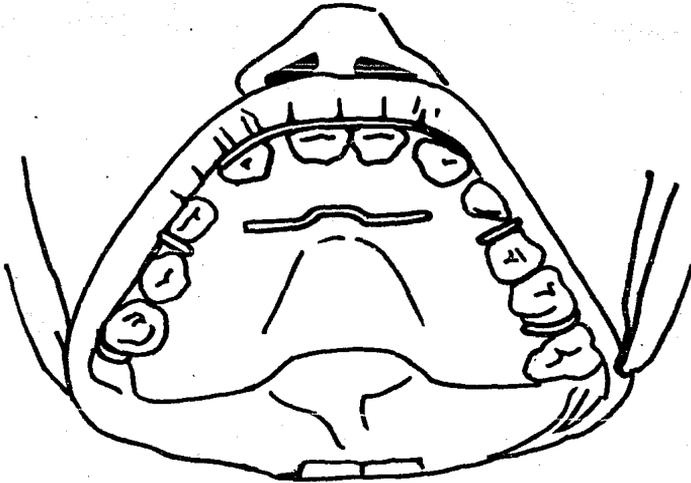


Fig. 10. Tipo de instrumento removible que recordatorio para desalentar hábitos de succión del pulgar u otro dedo. (Tomado del Finn Odontología Pediatría).

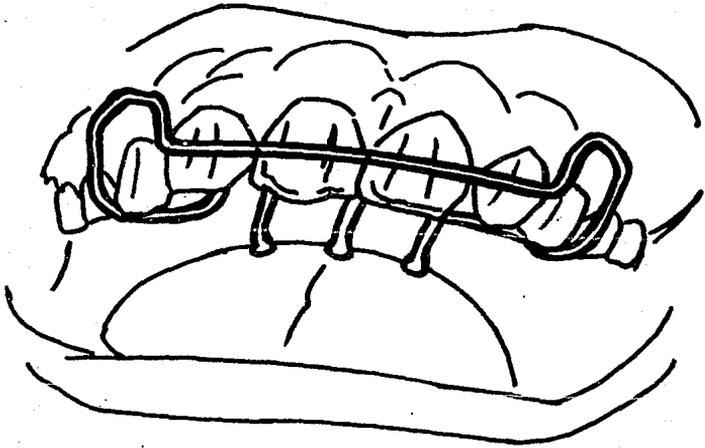
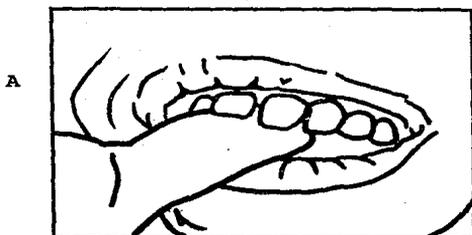
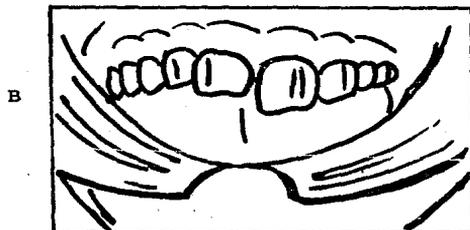


Fig. 11. Una trampa de rastrillo removible fabricada para interceptar un hábito de empuje lingual.

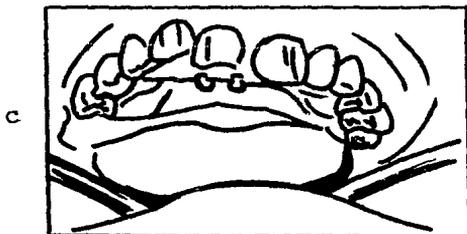
(Tomado del Finn Odontología Pediátrica).



Succión lateral del
pulgár.



La maloclusión resultante,
con pronunciada mordida -
abierta anterior unilateral.



Un aparato removible cons-
truido para romper el hábi-
to.

Fig. 12

(Tomado del Finn Odontología Pediátrica)

nas en la mayoría de los casos. Si existe tendencia a la recidiva es conveniente dejar el aparato durante más tiempo, sobre todo en caso de haber hábitos combinados de succión digital y de lengua.

ALGUNOS DATOS IMPORTANTES DE DIFERENTES ESTUDIOS.

- a) Método alimenticio en relación con la presencia del hábito.

De los 285 niños estudiados, 112 (39.3%) tuvieron alimentación materna, de estos 29 (25.9%) presentaron hábito de dedo. De 173 (60.17%) niños alimentados con biberón, 58 (33.15%) presentaron historia positiva del hábito de succión digital.

- b) Comienzo del hábito con la edad.

De los 29 niños con hábito alimentados de pecho, 21 (72%) - empezaron con el hábito antes de los seis meses de edad, mientras que 40 (69%) de los 58 alimentados con botella empezaron antes de los seis meses.

De los 29 chupadedos de pecho, 26 (89%) se chupan el dedo - antes de un año de edad, mientras que 54 (95%) de 58 chupadedos - alimentados por biberón tenían el hábito antes del año de edad.

c) Sexo comparado con el hábito.

De las 140 niñas incluidas en un estudio, 47 (33.6%) presentaron historia de chupadedos. Sin embargo de 145 niños. 40 (27.6%) tuvieron el hábito de succión digital. Lo cual representa tener valor significativo.

Con esta diferencia sexual de los niños alimentados de pecho con historia positiva del hábito que son 29 (33.33%), 10 son hombres (34.5%), y 19 son mujeres que representan el 65.5%. Esta diferencia es también estadísticamente significativa.

De los 58 (66.67%) chupadedos alimentados de botella, 30 (51.7%) fueron niños y 28 (48.3%) fueron niñas. Lo cual no resulta significativo.

d) Método alimenticio comparado con la duración del hábito.

Al tiempo que este estudio se terminó, 14 de los 29 chupadedos de pecho habían suspendido su hábito. La duración media del hábito para la alimentación de pecho fue de 22.5 meses con un rango de 2 meses a 4 años. De los 14 niños que terminaron con el hábito, 7 lo tuvieron por más de 2 años.

De los 58 niños con el hábito alimentado por biberón, 29 cesaron, presentando una duración promedio de 19.1 meses con un -

rango de 1 mes a 5.5 años.

De los 23 niños, 5 duraron con el hábito por más de 2 años.

De los 29 chupadados alimentados de pecho, 15 continuaron con el hábito al término del estudio, y después de los 3.5 años, 8 continuaron con sus hábitos de los cuales 6 reportaron tener antecedentes médicos significativos (diabetes, asma, prematurez).

De los 58 chupadados alimentados con biberón, 35 continuaron con el hábito al término de este estudio y después de los 3.5 años, 20 seguían chupando su pulgar de los cuales sólo dos presentaron antecedentes médicos significativos (labio y paladar hendido y prematuro respectivamente).

Con estos resultados no se pudo hacer un análisis estadístico por su variabilidad y no se tomó en cuenta la frecuencia del hábito debido a que no hubo una sola persona que efectuaron las entrevistas y no fue posible unificar los criterios.

5.- RELACION DEL HABITO CON EL USO DEL CHUPON.

De 112 niños alimentados del pecho, 29 (25.9%) se chuparon el pulgar y de 173 niños alimentados de biberón, 58 (33.5%) presentaron el hábito. Hay un porcentaje mayor de chupadados con biberón que con pecho.

Sin embargo este porcentaje aumenta además de ser alimentado con biberón usaron chupón. Los 173 alimentados de biberón, - 20 (11.6%) que presentaron el hábito, usaron chupón, mientras que de los 112 alimentados de pecho, solo 7 (6.2%) que tuvieron el hábito, se les dió chupón. Lo cual si resulta significativo.

6.- RELACION DEL HABITO CON LA PRESENCIA DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

De los 112 niños con alimentación materna, 29 (25.9%) tuvieron el hábito de los cuales 14 (12.5%) tienen mordida abierta anterior. De los 173 niños con alimentación por biberón, 58 (33.5%) se chuparon el pulgar, y de estos 20 (11.6%) presentaron dicha alteración de la oclusión. Esta diferencia no tiene valor estadístico significativo.

En cambio de 87 niños con historia positiva de hábito, 14 - (39.2%) tienen mordida abierta anterior, y de los 198 niños que no presentaron el hábito, solo 21 (10.5%) la presentaron. Por lo tanto, esta diferencia si es estadísticamente significativa.

VII.- DISCUSION Y CONCLUSIONES

En este estudio se reportó una presencia del hábito del - 30.5%, mientras que en un estudio de 486 niños reporto el 24%.

Se encontro sobre todo predominio de 45% y 37% respectiva-- mente mientras que por otra parte se reporto una prevalencia del- 32% en un estudio de 589 niños. 16

Los niños alimentados de pecho presentaron en hábito en un- 25.9%, mientras que el 33.5% de los niños alimentados por biberón se chuparon el dedo, resulta significativo que los niños alimenta- dos con botella presentan el hábito más persistente. Esto es si- milar a los resultados de otros estudios anteriormente realizados, pero ésta en contraste con el estudio de otro autor en que la pre- sencia del hábito fue mayor en los alimentados de pecho que en - los alimentados por biberón.

Una diferencia no estadísticamente significativa, en la pre- sencia del hábito en niños alimentados de pecho y biberón.

El hábito en niños de biberón comienza generalmente al año- de edad, esto es de interés ya que los niños de pecho comienzan - su hábito significativamente a más temprana edad que los de bote- llas esto coincide con los resultados.

Con relación al sexo, en previos se ha reportado un índice mayor de hábitos en niñas. En este estudio, encontramos que el grupo de niños y niñas alimentados de pecho hay una diferencia significativa de mayor número de niñas con presencia del hábito, lo cual es similar al estudio hecho por otros autores.

Sin embargo, en el grupo de chupadores alimentados por biberón no hay diferencias significativas en este estudio igual que otros.

La duración del hábito en niños de pecho en comparación con niños de biberón ya fue considerado en otro estudio, el cual por medio de un análisis estadístico, mostró que los niños alimentados de pecho tienen una duración media del hábito significativamente más corta que los niños de botella.

En cambio, en el presente estudio, los niños alimentados de biberón tuvieron una duración media poco más corta que los niños con alimentación materna, sin embargo, el rango de duración del hábito fue un poco mayor en niños alimentados artificialmente.

Entre los niños que continuaron con el hábito, fueron más los chupadores de biberón.

Quizás sugiere, los niños alimentados de pecho son más capaces de obtener placer con sus necesidades de succión. Estos mis-

mos niños, que tienen necesidades orales que son satisfechas a través de la alimentación de pecho, pueden también estar aprendiendo simultáneamente un hábito simple productor de placer. El resultado final sería un aumento de la presencia de los hábitos placenteros, los cuales son terminados a una edad más temprana.

Sin embargo, hay hábitos que duran más debido a que se relacionan a la necesidad de algo más que el simple placer que podrían ser provocados por la alimentación artificial. 31

En relación al uso del chupón, éste fue generalmente dado por las madres para distraer el hábito a los niños, y como vimos en este estudio, hay más niños con alimentación artificial que presentaron el hábito y por consiguiente usan más el chupón, pero los niños no logran llenar sus necesidades insatisfechas.

Con relación a la presencia de mordida abierta, en este estudio vemos que no tiene relación el tipo de alimentación en la lactancia, pero lo que sí tiene relación es el hábito, ya que si puede ser un factor etiológico de la mordida abierta anterior.

También ha sido reportado que los prolongados hábitos de succión digital no están necesariamente con disturbios emocionales.³¹ Sin embargo, es difícil entender que los niños prolonguen su hábito a pesar de la asistencia y fastidio de los padres y del medio ambiente que los rodea, en consecuencia es posible que toda

esa presión aumenta el desarrollo psicológico y emocional del hábito en el niño.

La etiología del hábito de succión dactilar permanece largamente con conjeturas, probablemente hay más de un factor relacionado con la prolongación del hábito. Con la realización de este estudio, hemos obtenido varias conclusiones.

Primero.

Fue mayor el número de niños con hábito que fueron alimentados con biberón.

Segundo.

Los niños de pecho son más propensos a adquirir el hábito - antes de los seis meses de edad que los niños con alimentación artificial.

Tercero.

Hay más presencia del hábito en niñas que en niños, pero esta diferencia se observó exclusivamente en el grupo de alimentación materna.

Cuarto.

En relación a la duración del hábito, no se concluyó mucho, debido a la segunda muestra, pero son más los niños de alimentación por biberón que continúan con el hábito después -

de los 3.5 años de edad.

Quinto.

Hay sin duda una evidencia de que el hábito es un factor -
etiológico del desarrollo de mordida abierta anterior.

Los resultados obtenidos en este estudio no pueden ser in-
terpretados como predicción absoluta de como los niños deben o no
desarrollar sus hábitos del pulgar, es suficiente esperar que los
datos presentados puedan proporcionar un mayor entendimiento del-
problema del hábito de succión no nutritivo en niños.

VIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilar Garea, Gerardo.
Succión del Pulgar y sus Probables Causas y Tratamientos
ADM Vol. XXXVI No. 4 Julio-Agosto 1979.
Págs: 417-419.

- 2.- Cheirif Berkstein, Simon, Rajunov Sarafanov, Samuel.
Análisis de los Hábitos Orales
ADM Vol. XXXVI No. 2 Marzo-Abril 1980.
Págs: 95 a 98.

- 3.- Finn B., Sidney
Odontología Pediátrica
Ed. Interamericana. Cuarta Edición. México, D.F. 1976
Págs: 326 a 331.

- 4.- Fletcher, Bruce T.
Etiology of Fingersucking
ASDC J. Dent Child, July-August 1975 Vol. XIII No. 4
Págs: 45 a 50.

- 5.- Graber, T.M.
Ortodoncia "Teoría Práctica"
Ed. Interamericana, Octubre, Vol. 22. No. 4
México, D.F. 1978. Págs: 603 a 619.

6.- Infante Peter.

An Epidemiologic Study of Finger Habits in Preschool Children
ASDC Jan-Feb- 1976. Vol. XLIII No. 1
Págs: 33 a 38.

7.- Justus, R.

Simposio Clinico ADM Ortodoncia
Noviembre-Diciembre. México, D.F. 1976
Págs: 18 a 40.

8.- Leyt, Samuel.

Odontología para Niños
Ed. Mundi. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina. 1948
Págs: 153 a 157.

9.- Leyt, Samuel.

Temas de Odontología Pediátrica
Ediciones Odonto. Buenos Aires, Argentina. 1966
Págs: 153 a 157.

10.- Mauco, George.

Educación de la Sensibilidad en el Niño
Ed. Aguilar, México, D.F. 1974
Págs: 18, 19, 106.

- 11.- Mc. Donald, Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente
Ed. Mundi, Segunda Edición.
Buenos Aires, Argentina 1975
Págs: 384 a 388.

- 12.- Moyers, R.E.
Manual de Ortodoncia para el Estudiante y el Odontólogo Gral.
Ed. Mundi, Tercera Edición.
Buenos Aires, Argentina 1976
Págs: 252 a 260, 582, 730 a 743.

- 13.- Muñoz Turnbull, Jorge
Alimentación Infantil y Trastornos Nutritivos del Niño
Ed. Clauder, Cuarta Edición, México, D.F. 1950
Págs: 41 a 72.

- 14.- Muraira, Matias
Cinestismo Bucal
ADM Julio-Agosto, 1965. Vol. XXII No. 4
Págs: 381 a 384.

- 15.- Muraria, Matías
Prevención y Tratamiento del Hábito de chuparse los dedos
ADM. Vol. XXII No. 5 Sep-Oct 1965.
Págs: 465 a 474.

- 16.- Peinado Altabe, José
Paidodoncia, Psicología Infantil
Ed. Porrúa, S.A. Segunda Edición. México, D.F. 1958
Págs: 223, 358, 374.
- 17.- Ruff, Roberto M.
Manifestaciones Orales de los Malos Hábitos del Niño
ADM. Vol. XXIV No. 4 Julio-Agosto 1967
Págs: 343 a 354.
- 18.- Shoaf H. Kenneth
Prevalence and Duration of Thumb Sucking in Breast-Fed and
Bottle-Fed Children
ASDC J. Dent Vol. XLVI No. 2 March-April 1979
Págs: 34 a 37.
- 19.- Silver K. Herry, Kreempe C., Henry, Bruyn B., Henry
Manual de Pediatría
Ed. El Manual Moderno. Tercera Edición. México, D.F. 1977
Pág. 191.
- 20.- Torrescana, José Ma., Lluch, Monserrat
El bebé y el niño
Enciclopedia Femenina Nauta
Ed. Nauta, S.A. Barcelona, España 1976
Págs: 227 a 229.

21.- Watson, Ernest H., Lowrey, George H.

Crecimiento y Desarrollo del Niño

Ed. Trillas S.A. Primera Edición, Quinta Reimpresión

México, D.F. 1977

Págs: 149 a 161.