

222
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LAS MALOCLUSIONES COMO RESULTADO DE
LA PRACTICA NOCIVA DE HABITOS ORALES
INFANTILES**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

MUNGUIA ALCANTARA MA. DE LOURDES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

	<i>Págs.</i>
<i>Prólogo</i>	
<i>Introducción.....</i>	<i>1</i>
<i>I) HABITO DE SUCCION:</i>	
<i>a) Succión Digital.....</i>	<i>8</i>
<i>b) Succión de Biberones y Chupetes.....</i>	<i>29</i>
<i>c) Succión Labial.....</i>	<i>43</i>
<i>II) HABITOS LINGUALES:</i>	
<i>a) Hábito de Lengua Proctofetil.....</i>	<i>53</i>
<i>b) Hábito de Siseo.....</i>	<i>64</i>
<i>III) ONICOFAGIA:.....</i>	<i>68</i>
<i>IV) RESPIRACION ORAL:.....</i>	<i>74</i>
<i>V) HABITO DE POSICION:.....</i>	<i>82</i>
<i>VI) BRUXISMO:.....</i>	<i>86</i>
<i>VII) HABITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS:...</i>	<i>93</i>
- <i>Conclusiones:.....</i>	<i>96</i>
- <i>Bibliografía:.....</i>	<i>99</i>

I N T R O D U C C I O N

Un hábito, es una práctica fija, producida por la constante repetición de un acto, como para considerarla -- una costumbre. A cada repetición el acto se hace menos conciente y, si se repite a menudo puede ser relegado por completo al inconciente.

Los hábitos, son las cosas que no debería hacer o -- las que debiendo hacerlas, las hace de una manera que mo-- lestan a la gente.

Pensar y poner la atención en los factores que pueden originar malos hábitos en los niños, es muy importante además de analizar la deformación bucodentaria, que pudiera ocasionar, así como estudiar el tipo de hábito que la -- produjo e instituir un tratamiento.

La Psicología prenatal, en la actualidad ha realiza-- do investigaciones acerca de la repercusión de las tensiones de la madre durante el embarazo en el niño.

Así como también, la Odontología para niños, cuyo -- objetivo es dar salud dental al niño en lo físico, emocional o psíquico y en lo social, obligando al dentista especializado o general a ver cualquier problema del niño desde estos puntos de vista. . Así, a un niño con un mal -- hábito oral, debe estudiársele emocionalmente, si es posible desde la vida intrauterina. Para esto, el odontólogo, tendrá que trabajar de acuerdo con la opinión del psiquiatra, si el problema del niño es severo.

La Psicología prenatal antes mencionada, toma en -- cuenta desde si la concepción ha sido deseada, hasta cual-

quier trastorno que pudiera ocurrir durante el embarazo. Aunque consideremos un embarazo tranquilo, sin tensiones emocionales, siempre hay un golpe terrible del que ningún niño se salva y que se debe tomar en cuenta como factor -- fundamental para la iniciación de un hábito: el nacimiento. La cesárea podría considerarse menos traumática para el niño que el parto normal, pero muchas veces, cuando hay necesidad de realizarla el feto llega a sufrir bastante. Así un gran porcentaje de nacimientos presentan problemas más o menos serios, muchos niños sufren al nacer, cuadros de apnea, hipoxia o asfixia después de un parto traumático.

Durante la gestación, el producto está en las mejores condiciones, de la madre toma todo lo necesario para desarrollarse y crecer, hasta que viene el traumatismo del nacimiento.

El niño nace y empieza a tener necesidades, como es la alimentación, y vuelve a unirse a su madre a través de la lactancia. Esta es un factor fundamental que se debe tomar en cuenta para la explicación de un mal hábito -- oral, la lactancia se efectúa por medio de la succión, acto que el recién nacido efectúa a la perfección. Por tanto, un pecho dado con ternura, en completa entrega de la madre al hijo, causa al niño seguridad, tranquilidad y hasta euforia, una actitud de rechazo por parte de la madre como cuando el pecho es dado al niño friamente; la experiencia agradable de mamar varla en el niño, convirtiéndose en una buena dosis de estímulo emocional fuertemente negativo, que ocasiona al niño un estado de angustia.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lac

tante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha -
oldo y visto a distancia. A pesar de la mala coordina-
ción de sus dedos y extremidades, el lactante continúa has-
ta que todos los objetos posibles sean llevados a la boca -
para ser lamidos, gustados y examinados por medio de sensa-
ciones bucales, la sensibilidad de su boca es exquisita, --
cualquier objeto que la roce provoca el reflejo de succión.

Si succionando encuentra placer, es muy fácil expli-
car el porqué pueda instituirse un hábito de succión si lo
único que sabe hacer el recién nacido es eso precisamente.
El recién nacido necesita de atención esmerada por parte de
la madre; cuando es el primer hijo, la mayoría de las veces
la tiene, si las ocupaciones de la madre dentro o fuera del
hogar se lo permiten. Aunque también la falta de expe-
riencia de la madre con el primer hijo en el acto de la lac-
tancia, puede ser motivo para la iniciación de un hábito de
succión; en las primeras veces que le da el pecho al niño, -
no sabe calcular cuando éste ha quedado satisfecho y puede
quitarle el pecho antes. En esta situación el niño de-
sea seguir succionando y continúa haciéndolo con su mano.

Esto mismo puede suceder cuando la leche de la madre -
es insuficiente.

También es posible el caso contrario, el niño ya ha
quedado satisfecho, y no es retirado del pecho pero conti-
núa succionando por mucho tiempo sin comer, únicamente por
el placer que le produce el acto.

Destete:

No hay que considerar al destete únicamente como un
simple cambio de alimentación. Para el niño es muchísi-
mo más que eso, significa la pérdida de una gran seguridad.

y tranquilidad. El niño sigue teniendo unión con su madre después del nacimiento a través de la lactancia; esta unión se pierde con el destete.

Si no se ha tenido el suficiente tino y delicadeza para lograr esa separación de una manera sutil, el niño que dará frustrado, muchas veces ocurre que esa frustración encuentra consuelo y refugio en el placer que da al niño un hábito de succión.

Cuando es el segundo o tercer hijo, generalmente es menos atendido que los primeros, en este niño es fácil que se produzca un estado de tensión emocional que busque escape en un hábito oral, es fácil que niños en esta situación se succionen el pulgar u otros dedos. Puede ocurrir que el primogénito se sienta relegado a un segundo término a la llegada de un nuevo hermano, forzosamente tendrá que ser menos atendido pues dejará de ser el centro de la atención, pudiendo buscar salida en un mal hábito.

Factores importantes para la formación de los hábitos, son la capacidad natural del niño para imitar, su inteligencia y memoria. Es frecuente observar a dos o tres hermanos con poca diferencia de edades y con un mismo hábito oral, succión del pulgar, succión del labio, etc. En un caso así se puede pensar que los hermanos menores poseen el hábito por imitación, pero puede ocurrir que a todos les afecte el mismo problema emocional. Un estudio muy minucioso podría dilucidar la causa pero hay que tomar en cuenta el factor imitación.

Hay una edad en que los pequeños son imitadores por excelencia, esta fluctúa entre los nueve meses y el año y -

medio de edad del niño aproximadamente.

La falta de estabilidad en el hogar por tensiones de los padres, discusiones, pleitos, etc. asustan al niño provocando en él angustia e inadaptabilidad que puede refugiarse en el placer que le produce un hábito oral.

En los primeros días de vida, en las primeras horas, la mayoría de las veces se inician los hábitos de succión; éstos son: succión del pulgar u otros dedos, succión del labio, succión de carrillo o de cuerpos extraños, almohadas u otros objetos, juguetes, chupones, etc.

Otro tipo de hábito puede iniciarse a una edad más avanzada, por ejemplo: respiración buca, onicofagia, apertura de horquillas, hábitos de posición, hábito de llevar a la boca objetos duros como lápices, palitos, golpearse los dientes con las uñas o con algún objeto duro, etc.

Algunos de estos hábitos se inician cuando algún hábito de succión ha sido roto bruscamente, el paciente se refugia en un nuevo hábito que puede ser más perjudicial que el que posea al principio.

La formación de hábitos se debe en gran parte al deseo de satisfacer un instinto primitivo, el deseo de obtener amor y atención. Los métodos rígidos como intento que se hace para romper un mal hábito, pueden causar un efecto totalmente opuesto en niños que tienen sus instintos primitivos bien marcados, particularmente el del deseo de ser amado y el de la autoridad, que entrarán en conflicto con los padres y serán causa de problemas de comportamiento, ya que se hará un serio problema al despertarse un sentimiento de culpa, con una actitud de rechazo de los padres.

Si en el intento de romper un hábito malo, se muestra mucha ansiedad o si el niño se encuentra que ese comportamiento llama la atención de los demás, o si se sorprende a su madre platicando sus problemas con sus amigas, este hábito continuará existiendo como un ardid para llamar la atención.

Generalmente al padre o a la madre no les preocupa la malformación que el hábito pueda hacer en la boca del niño, lo que les preocupa es lo que digan los amigos al ver al niño, succionándose el dedo, el labio, mordiendo tela, la familia no parece interesarse tanto en el problema del hijo, sino en el "qué dirán", por esta causa antes de consultar el problema con el pediatra o el odontólogo, la mayoría de las veces ya se ha tratado de quitar el hábito de una manera brusca, al niño se le ha colocado picante en el dedo, en el labio, se le ha castigado, amenazado, atado la mano, ya representa un problema más serio, ya que en estas condiciones, el hábito, lejos de desaparecer puede ser más manifiesto, prolongándose aún más.

Las críticas constantes que se hace de los hijos, el calificativo de "malo" que se le aplica a sus acciones, son formas de destruir la confianza del niño en sí mismo y de llevarlo a que dude, de que lo aceptan y apoyan en su hogar.

Las causas que pueden influir en la adquisición de un mal hábito oral, son múltiples y complejas, como se ha observado; para un correcto tratamiento es indispensable saber cual fue la causa de su aparición y en que forma se inició el hábito.

El niño no es un adulto en pequeño, y no siempre puede obedecer o actuar de la manera que queremos, no importa qué tan inteligente sea o con que tanta energía o rigidez -

El niño se cansa con facilidad, y no le interesan las mismas cosas que a nosotros, ni puede ser capaz de conservar la limpieza o el orden que le exigimos. Es importante hacer notar que la época en que se presentan los hábitos favorecen las anomalías, y que es fácilmente modificable por cualquier fuerza que actúe sobre el hueso, que se encuentra en estas edades en plena formación.

Los hábitos orales se han dividido en hábitos no compulsivos y en hábitos compulsivos.

Un hábito no compulsivo es aquél que no es impulsado emocionalmente y no suele ser perjudicial para el individuo.

Es útil como válvula de escape a preocupaciones y ansiedades que de otro modo se acumularían produciendo trastornos psicológicos graves.

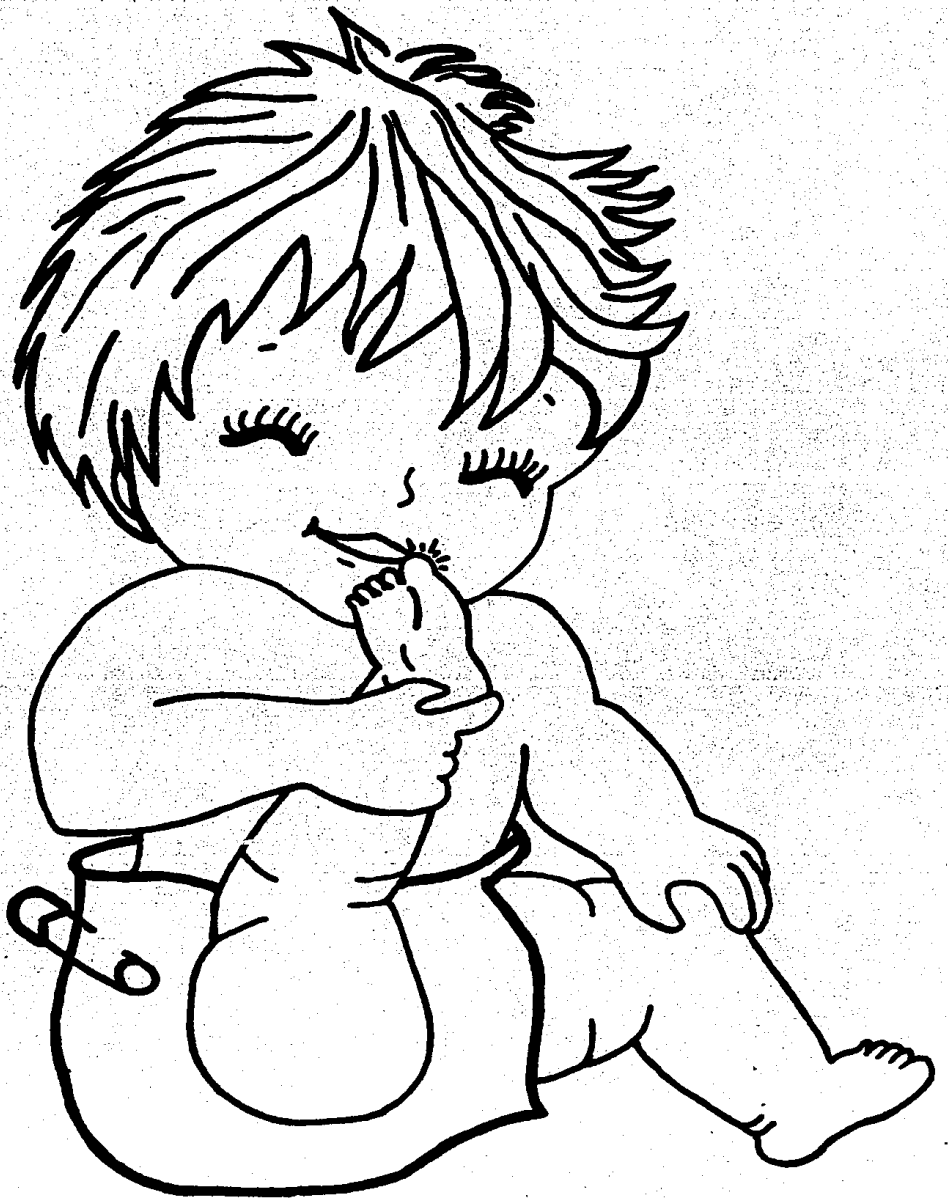
Hábito compulsivo es aquél que es impulsado emocionalmente por una frustración presente o pasada.

Del tipo de hábito que se trate dependerá la actitud a los padres y el profesional para instituir un tratamiento correctivo que siempre será enfocado, respetando la personalidad del niño.

Es curioso que los padres con más fuentes y oportunidades de placer que el niño; para liberar sus tensiones y -- calmar su irritación o ansiedad, tengan hábitos que pueden ser indeseables para los niños.

Recordando con simpatía a Danielito el terrible, el conocido personaje de la historieta cómica, cuando le dice al padre sentado comodamente en su sillón favorito "dejaré de mascar goma, si tu dejas la pipa... ¿te conviene?"

Señalando así, la poca comprensión e indulgencia de los padres, al ser tan estrictos con ellos.



SUCCION DIGITAL

Las actividades de succión son las actividades motrices orales más importantes la mayoría de los hábitos de chuparse los dedos y la frecuencia con que se realizan, se pueden considerar como normales hasta los 2 años de edad.

A. Gesell señala; que el bebé al principio tiene dificultades para llevar su dedo a la boca, desde el tercer mes el movimiento se hace más fácil y así chupa su pulgar antes o después de la comida y más tarde, después del cuarto mes se chupa el dedo durante el día.

Si el bebé tiene el hábito de succión digital, la corrección podría ser: al pasar de la fase de succión a la de masticación, aunque eliminar el hábito durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Así Gesell e Ilg del laboratorio del Desarrollo Infantil de Yale, afirman que el hábito de chuparse los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño.

Para Mc. Donald, la succión del dedo no es un hábito aceptado por la sociedad y debe ser desalentado, tan pronto se observe su desarrollo, cualquiera que sea la edad del niño. Pero muchos niños no lo harán y el hábito se acentuará a manera que no desaparece por sí solo, sino que se intentará modificarlo.

Los niños alimentados con botella para aquietarlos e inducirlos al sueño es más frecuente que al terminar su crianza, aprenda a chupetearse el dedo, o algunos meses más tarde puede asociarse con las molestias gingivales concomitantes a la dentición.

Johnson aconseja para evitar el hábito en los bebés, que los periodos para dar su alimentación no sean muy prolongados, proporcionar al niño medios para que esté activo y ocupado, colocar objetos en sus manos o colgarlos a una distancia adecuada de sus ojos de manera que pueda observarlos, siendo buenas actividades substitutivas.

Si se trata de un chupeteo constante, compulsivo, en todo niño que debió haber superado la fase que se considera como normal es que hay presente un conflicto, siendo el hábito una forma de expresar su aislamiento del mundo exterior, refugiándose en su vida de fantasía.

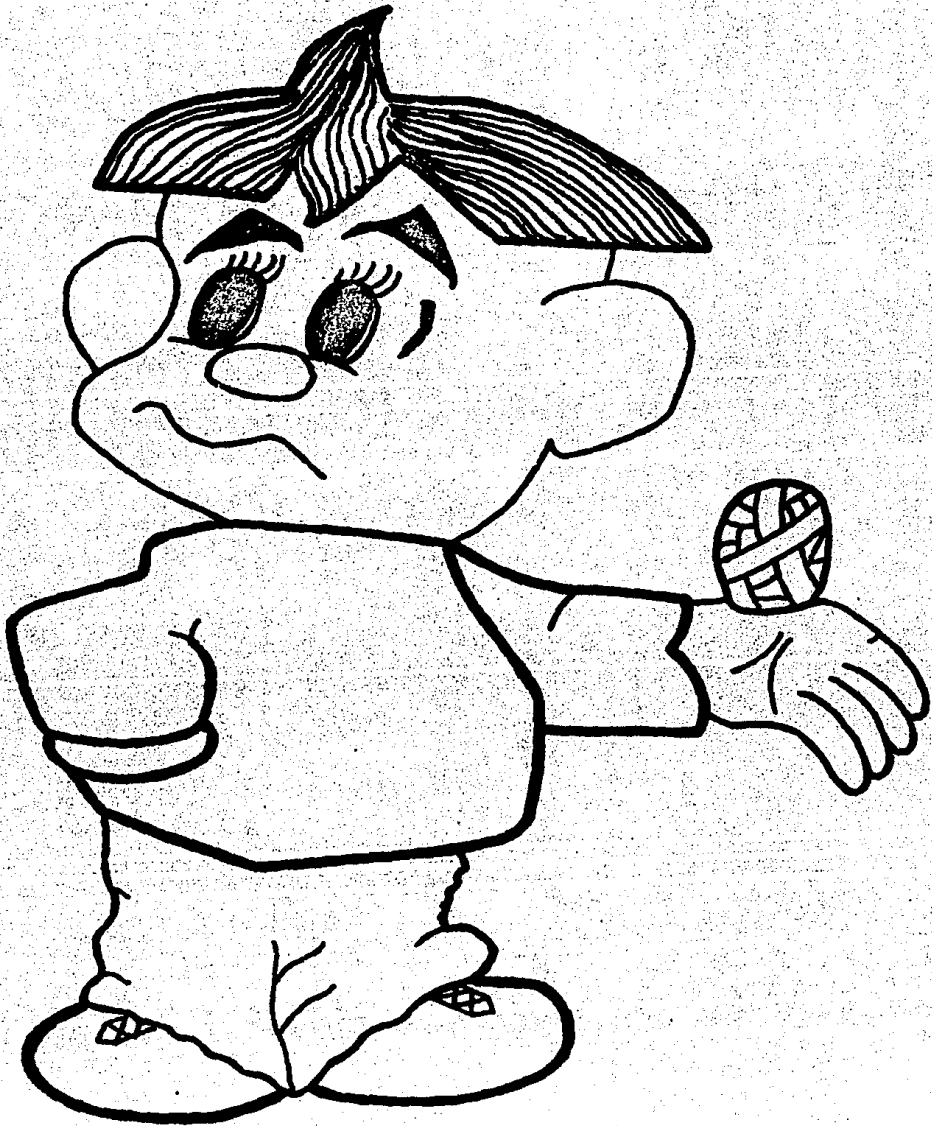
El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o que los padres vigilen al niño para sacar el dedo de la boca, da a los niños un medio para atraer la atención de sus padres y generalmente lo consigue, convirtiéndose el hábito en un arma poderosa para el niño.

"Ningún padre debería fijarse en este hábito, a pesar de la provocación"

Esta observación se aplica a niños de todas las edades detrás de los casos más persistentes se encuentra una historia demostrando el enfado de los padres y su intento de desaparecer el hábito, siendo esta otra de las explicaciones de la prolongación del hábito.

Swinehart divide a las fuerzas en el hábito de chuparse el dedo en:

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



*El colocar distintos recursos en los
dedos hace que los niños reaccionen con
obstinación.*

paladar.

La succión del dedo es un hábito común y mucho más la del pulgar. Los trastornos que produce la succión afectan tanto a la estética como a la función, el grado de severidad es variable; desde desplazamientos insignificantes hasta mordidas abiertas serias.

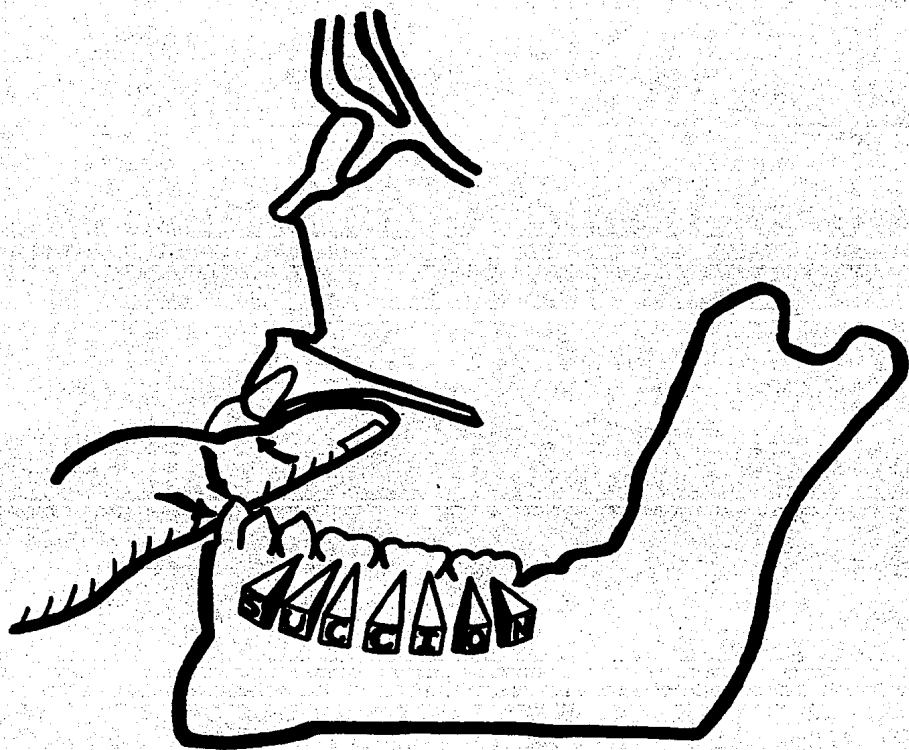
Existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y la frecuencia.

Los huesos faciales no están calcificados densamente en la primera infancia y ceden fácilmente a las presiones constantes, de manera que los hábitos anormales de succión provoca en los dientes, presiones desde el interior y desde el exterior de la boca que crean fuerzas anormales.

El hábito de succión deforma los arcos dentarios -- por la presión y estorba la estabilidad del hueso alveolar, porque hace que los planos inclinados de los dientes queden fuera de contacto funcional.

Debido a que los maxilares se encuentran separados durante el tiempo que se practica el hábito, el estímulo funcional se pierde al igual que la estabilidad que dan las fuerzas oclusales sobre el hueso del borde alveolar y sobre los músculos de la masticación.

Los daños producidos son similares a la maloclusión hereditaria clase II.1 y clase II.2, ya que tiene validez también en dentición primaria: El maxilar inferior retrógnatico, pues la retracción mandibular se desarrolla si el peso de la mano o brazo la fuerzan a adoptar esa retrusión así como una inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores, segmento premaxilar prognático, sobremordida pro-



El hábito de succión digital deforma los arcos dentarios ya que los huesos - faciales no están calcificados, durante la primera infancia.

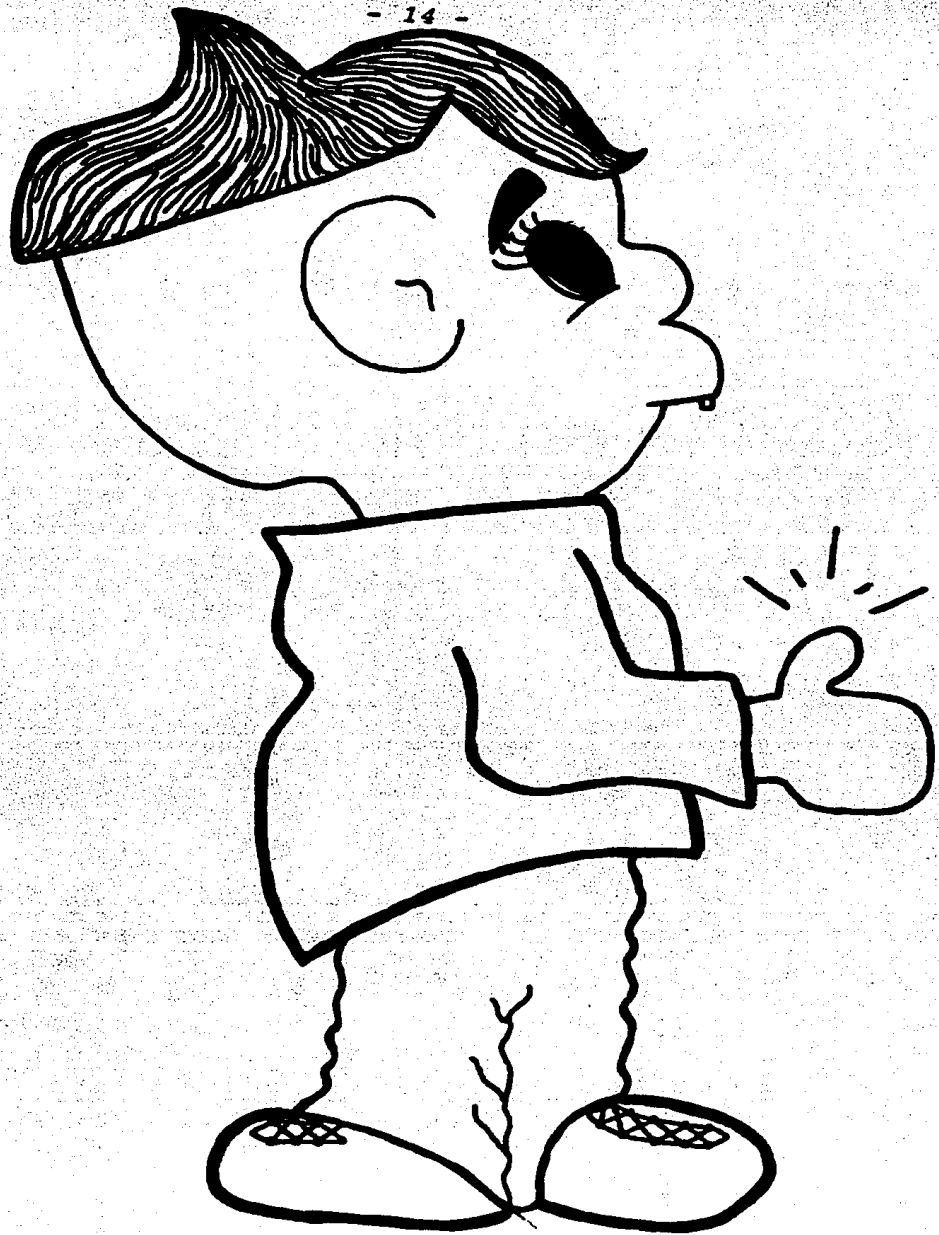
funda cuando los incisivos superiores son empujados labialmente cerrando el arco mandibular posteriormente, intensificando todavía más el resalte u overjet; labio superior flácido, bóveda palatina alta ya que la lengua está mantenida contra el paladar y arcadas dentarias estrechas, debido a que la fuerza de los músculos de los carrillos que origina la succión, produce la contracción del arco maxilar (inhibiendo su desarrollo en dirección lateral). Al producirse estas alteraciones en los maxilares a menudo se hace imposible que el piso nasal baje a la posición adecuada.

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito - al final del tercer año de edad, no se suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores, - también puede existir un leve apiñamiento o malposición de - los dientes anteriores inferiores.

La protrusión total maxilar con el aumento de presión del mecanismo del buccinador en el hábito de succión digital, activa el rafe pterigomaxilar justo detrás de la dentición, desplazando los dientes superiores hacia adelante.

En la dentición decidua, junto con una mordida más profunda que lo normal se requiere menos movimiento de los - dientes para crear una relación de clase II, también en los casos de maloclusión unilateral de clase II, junto al hábito de succión digital se asocia: la proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito después de los 4 años de edad.



*La mayoría de las veces el hábito de succión
provoca callosidades en el dedo o ulceraciones
dolorosas.*

Pruebas clínicas muestran que la maduración de la deglución se retarda en chupaderos confirmados, ya que el acto normal de la deglución se dificulta por el aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a varios hábitos de dedo y a estos los ayuda la musculatura peribucal en el sentido de que el labio inferior amortigua la parte lingual de los incisivos superiores desplazándolos aún más en dirección anterior.

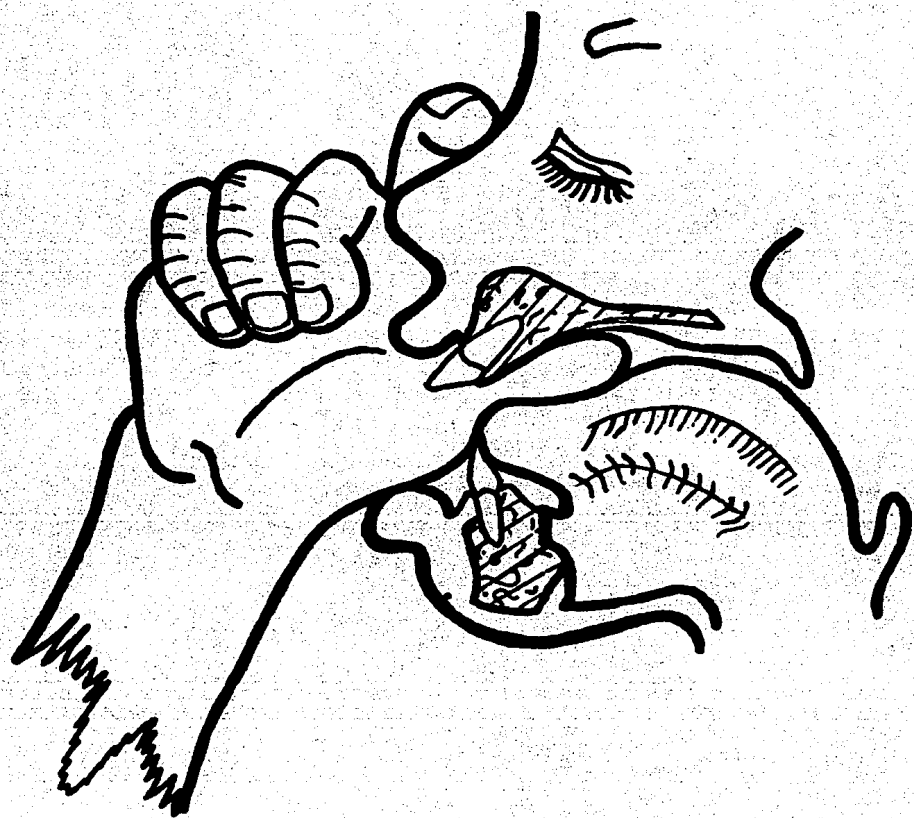
Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, los movimientos musculares de los labios son auxiliados por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución.

El mecanismo deformante más importante en el acto infantil de deglución, es que su actividad a manera de embolo persiste o se prolonga demasiado el periodo transicional presentandose una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros.

El hábito puede ser relativamente inócuo en su duración e intensidad (quizá solo a la hora de dormir), pero el hábito de lengua continúa adaptandose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplana.

El músculo borla de la barba es especialmente importante durante la posición de descanso y durante la función que ejerce, por lo cual, la deformación continúa más rápido de lo que hubiera sido posible con un hábito de dedo confirmado.

Por tanto, el peligro es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir que las fuerzas musculares actúen y crear una maloclusión franca, como mordidas cruzadas latera



Al efectuarse el chupeteo, se provoca -
que los incisivos superiores, sean empuja-
dos labialmente y los inferiores lingual-
mente. Y los músculos bucales presionan
lingualmente contra los dientes que están
en los segmentos laterales del arco dental.

Les y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo.

En algunos niños el hábito del pulgar, es sólo la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador, en cambio, la intensidad del hábito en otros niños es tal, que el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima y la función muscular peribucal junto con las contorsiones de la cara, las cuales son fácilmente visibles.

Cuando el dedo Índice es el preferido, causará un daño menor si la superficie palmar se encuentra sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca, que si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores. Para saber la extensión del daño sobre los dientes y tejidos de revestimiento, se tomarán en cuenta las conclusiones de el psiquiatra, el pediatra y el odontólogo para evaluar la duración frecuencia e intensidad.

La succión digital prolongada después de los 2 años de edad es síntoma: de que los patrones iniciales de alimentación pudieron haber sido demasiado rápidos o que el bebé recibía poco alimento en cada toma, al haber ingerido alimento suficiente, por no haber chupeteado lo necesario, como un deseo de satisfacción que se asocia con la ingestión de alimentos o por sentir una sensación de seguridad en el momento de acostarse.

Leslie y K.F. Roberts comprobaron que los niños que sufrieron una retirada precoz del pecho, solo pudieron mamar durante poco tiempo y son los que más frecuentemente chupan su pulgar. D.M. Levy además de lo anterior, investigó que la persistencia de la succión digital, depende de un desarro

llo insuficiente (desde el punto de vista funcional) del movimiento de los labios durante la alimentación.

Para Cumley es por algún problema emocional; como la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas o cuando los padres les prestan poca atención.

Puede deberse también a aburrimiento, ansiedad, fatiga, en los niños cuyos padres los sobreprotegen o exigen demasiado de ellos, cuando se les presta poca atención a -- los niños, como consuelo después de un regaño o como un medio de venganza contra los padres.

Palermo señala que el chuparse el dedo, es una reacción progresiva de estímulo y recompensa y desaparecerá espontáneamente salvo que se convierta en un mecanismo para atraer la atención.

"La teoría del aprendizaje de Eysenck... considera a los síntomas neuróticos como simples hábitos aprendidos; no existe neurósis bajo el síntoma, simplemente existe el síntoma. "Eliminen el síntoma y habrán eliminado la neurósis"...

Los técnicos del aprendizaje señalan que el hábito de chuparse el dedo es síntoma de un trastorno emocional más profundo, apoyando el estudio de que los hábitos asociados como: torcerse el pelo, taparse con la cobija...etc., desaparecen junto con el hábito del dedo.

Fletcher señala tres teorías que tratan sobre el hábito digital:

- TEORÍA DE LA PERDIDA DE LA FUNCIÓN:

Se basa en que la succión inadecuada o insuficiente en los primeros 24 meses de vida contribuye a la formación del hábito, llegando a creer Levy que una reducción o una fácil succión del seno materno o del biberón son causas para que se origine el chupeteo.

El niño succiona el pulgar u otros dedos, ya que la necesidad de ejercitar el mecanismo de succión no queda satisfecho, durante el proceso de la alimentación.

Un ejemplo que señala Levy, es el de un niño que presentaba succión del dedo pulgar cuando se le daba su alimento, ratificando así en 1937 según sus teorías, lo dicho anteriormente y de que es más probable que un niño el cual está siendo alimentado con biberón siga haciendo succión, si la abertura de la tetera es grande y permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño, provocando un mayor esfuerzo durante un mayor tiempo, obteniendo la misma cantidad de leche.

- TEORIA DE LA CONDUCTA ADQUIRIDA:

Teoría apoyada por Searse y Wise, trata de que el niño aprenda a asociar la succión con algo agradable que él espere; como la hora de comer o el saber que pronto lo tomarán en brazos.

Un esfuerzo para poder lograr parte del placer, -- asociado con la obtención del alimento es la succión digital o de cualquier otro objeto, a pesar de que el alimento esté presente.

La acción de succionar realiza en el niño un efecto sumamente calmante y consolador; es una de las primeras y más

profundas satisfacciones en la vida del niño, ya que alivia el hambre, siendo éste el motivo principal por el que succiona, esta acción de succionar viene acompañada de bienestar y satisfacción después de haber sentido dentro de él algo que le estaba molestando, encontrándose inclusive inquieto.

Por lo que esta teoría dice que "si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria, va acompañada de la acción de succionar que es la satisfacción secundaria y no siempre puede obtener esta satisfacción primaria, entonces, el niño se conformará con su satisfacción secundaria que es la de succionar.

Los partidarios de esta teoría se basan en las leyes del aprendizaje en lo que Pavlov describe como el fundamento de los patrones de conducta. Gale y Ayer describen estos patrones así: el niño aprende a asociar el chupar el dedo con muchas situaciones; la ingestión de 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.

- TEORIA DE LA SUCCION COMO UNA ACTIVIDAD SEXUAL:

Teoría apoyada por Freud (1949), la cual señala que el estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producido por la acción de succionar, es una especie de estimulación erótica, la cual da un placer sensual del mismo tipo que las sensaciones agradables provenientes de --

la estimulación de los órganos genitales, así la necesidad de satisfacción, aunque se origine y estimule por la alimentación, es independiente de ésta. O sea que las satisfacciones producidas por la estimulación oral representan lo que podríamos llamar la actividad sexual en este período de la vida.

Señala esta teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral, se ha llamado fase o etapa oral al período de la presencia de estas actividades y se considera como una de las etapas progenitales del desarrollo sexual, al igual que las etapas anal, uretral y genita, por las que también pasa el niño.

Los niños pueden conservar durante años el hábito de succionarse el pulgar o cualquier otro dedo, ya que muchas veces, pueden dejar de succionar durante un tiempo -- prolongado para después volver a hacerlo con más vigor que antes.

Starr divide el problema de la succión digital según su aspecto clínico en tres fases del desarrollo, indicando que la succión del pulgar se presenta con mayor frecuencia al existir una falta de armonía en la relación materno infantil:

- FASE I.- Considerada igualmente por Gesell, comprende desde el nacimiento a los dos años, época en que la mayoría de los niños se succionan el pulgar u otro dedo, en especial al dejar de mamar y es en la que se puede tomar a la succión normal y de importancia clínica.

Klanckenberg indica en esta fase, que el uso de un chupón de hule, sobre la tendencia a una succión más vigorosa del pulgar, es tomar una actitud correctiva para evitar problemas futuros bucales, ya que en estudios realizados -- por él, el chupón es menos perjudicial.

Traisman y Traisman corroboraron lo dicho por Starr al indicar, que es en esta fase en la que el chupeteo se incrementa; en un estudio realizado por ellos con 2650 sujetos desde el nacimiento hasta los 16 años, observaron que casi la mitad se succionó el dedo pulgar en algún momento -- durante el período de observación y de estos un 75% comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el otro 25% comenzó antes de cumplir el año.

- FASE II.- En esta la succión ya puede presentar una significación clínica ya más o menos de los dos a los cuatro -- años de edad.

Esta fase requiere de una mayor atención ya que a -- esta edad el chupeteo nos muestra una ansiedad y principalmente desde el punto de vista del cirujano dentista, el final de esta segunda fase está ya cerca de poder producir -- sus efectos nocivos sobre la dentición permanente y otros -- tejidos bucales.

Sobre esto, Traisman y Traisman dijeron, que en el -- mismo estudio mencionado con anterioridad, la edad promedio en la que se interrumpió la succión digital fue a los tres años, ocho meses, pero que también varios de los niños continuaron con el hábito y algunos lo abandonaron hasta los -- doce o quince años.

- FASE II. - Al persistir el hábito en el niño después de los cuatro años de edad representa para el dentista un problema mayor, ya que a esta edad el hábito puede presentar una patología psicológica o emocional, la cual influirá grandemente en la persistencia del hábito.

Michaels y Goodman en 1934 suministraron datos sobre perturbaciones y hábitos en 255 varones y 220 niñas de 6 a 16 años, los cuales asistieron a un campamento de verano. La información que se obtuvo de este estudio fue en parte de los padres y en parte de los sujetos por medio de la observación y preguntas.

Se llegó a observar varios hábitos y de distintos tipos, pero dentro de los bucales se observó la succión del dedo pulgar, presentándose en el 17.6% de los varones y en el 34.1% de las niñas, mostrándonos que el hábito de la succión digital aún se encuentra cuando el sujeto presenta ya una dentición mixta o bien una dentición permanente, la cual se va a ver grandemente afectada por dicho hábito.

Olson, con anterioridad (1929), habla indicado al igual que Michaels y Goodman, que no nada más la succión del dedo pulgar sino que la mayoría de los hábitos se ven más frecuentemente en niñas que en varones.

En cambio para S.A. Shentoub y A. Soulairac, el 50% de los niños de cinco años chupan aún su pulgar; los bebés del sexo masculino que chupan sus dedos son algo más numerosos, pero con el crecimiento lo dejan de hacer un poco antes que los bebés del sexo femenino, adquiriendo otras costumbres.

La succión del pulgar, muchas veces, se acompaña -

de otros hábitos secundarios, algunos niños no podrán dormirse si no se chupan el pulgar o cualquier otro dedo y a la vez se acuestan con algún juguete, trapo o cobija que más le agrada; o bien algunas veces se acarician o escudriñan la nariz con el dedo índice, o se estiran un mechón de pelo, o dan tirones al lóbulo de la oreja, siendo estos algunos de los hábitos secundarios o movimientos accesorios para Freud.

Por ejemplo; un niño cuyo movimiento accesorio consista en hurgarse el pelo, cuando alguien se lo tocaba, empezaba a chuparse el dedo o al contrario, realizaba la succión al agarrar algún objeto y al retirárselo, sacaba su dedo de la boca.

- TRATAMIENTO:

Cuando realizemos cualquier tratamiento siempre requeriremos de una historia clínica completa; y al presentarse el caso de la succión digital se recomienda, una historia clínica especial sobre hábitos, ya que es conveniente investigar la situación que priva en la familia del niño, en cuanto a que: si se trata bien al niño, si existe algún problema conyugal entre los padres, si riñen con frecuencia en el seno de la familia; si alguno de los padres se ha ausentado por mucho tiempo, si existe algo que le inquiete al infante; saber como ha sido tratado durante toda su vida y determinar si es capaz de abandonar el hábito por su propia voluntad o investigar si existe algún conflicto neurótico producido por la situación familiar.

Todo esto complementará el tratamiento, la solución a estos problemas, será de gran ayuda para corregir el -

hábito, Esta historia clínica deberá de ser obtenida preferentemente con el niño fuera del cuarto.

Los tratamientos que se han empleado para tratar los hábitos de succión digital han sido muchos y muy variados, algunos de ellos han sido efectivos y han logrado vencer el hábito, pero otros no lo han vencido, sino que han provocado que éste se prolongue causando problemas mayores, tanto bucales como en la conducta del niño .

Algunos padres han tratado por sí mismos de romper el hábito por medio del castigo o la fuerza y debemos de recordar que todo lo que atrae la atención del niño y absorbe sus energías en el grado que con frecuencia lo hacen las actividades orales, debe de considerarse de suma importancia dentro de la economía de su vida y cuando empleamos el castigo u otras medidas duras contra esta actividad, castigamos algo que existe en el niño y hasta cierto punto lo rechazamos e inhibimos una necesidad emocional que se encuentra dentro del niño, logrando únicamente con esta actitud que el hábito se arraigue más dentro del niño, ya que en la mayoría de los malos hábitos persistentes, hay una historia clara de declaraciones prematuras de disgusto e intentos de romper el hábito por parte de los padres, prolongando así el hábito tiempo después de el que normalmente sería.

Generalmente los padres o personas mal informadas, toman algunas de las medidas incorrectas para inhibir el hábito como son: poner protectores en los dedos sustancias irritantes como picante o amargas o bien colocar en el brazo del niño tubos de cartón u otros objetos para impedir que pueda doblar el brazo, dando lugar a una disminución transitoria de la fuerza y volumen muscular de la extremidad.

Todas estas medidas no dan resultado y en caso de que lo logren, solo provocarian otros hábitos o bien en el momento de suspender el tratamiento, la succión digital aparece de nuevo.

Es evidente, que ningún tratamiento nos dará resultado si no hacemos consciente al niño del problema y logramos contar con su ayuda, es decir que mientras el niño no esté convencido de que quiere romper con el hábito, el tratamiento prácticamente será inútil, que que tarde o temprano el niño regresará al hábito.

Sin la presencia de los padres, tendremos una plática con el niño para lograr su colaboración; trataremos de ganarnos su confianza y le mostraremos modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido el hábito de la succión, mostrándole también el resultado para que pueda apreciar lo que va a lograr con la ayuda del odontólogo.

Le ayudaremos para que trate de hacer conciencia del hábito y procure dominarlo por sí mismo y que si no logra lograrlo después de un determinado tiempo (aproximadamente dos semanas), nosotros le colocaremos un aparato que le sirva de ayuda, aclarándole que es solo un "recordador" de que no debe de chuparse el dedo.

La actitud de los padres es importante, ya que si exigen del niño una perfección, el procedimiento puede fracasar, durante esta etapa en la que el niño trata de dominar por sí solo el hábito, hablaremos con los padres de que le den su cooperación, en el sentido de no mencionar el problema del niño, se les indicará que vigilen que no sean, familiares o amigos los que comenten sobre el hábito, ya que son los padres, el niño y el odontólogo quienes se encargarán de resolverlo.

Cuando el niño a pesar de que quizo terminar con su problema por sí solo no lo logra, se colocará el aparato, recordándole que para que dé resultado es necesaria su colaboración.

El aparato que lleguemos a colocar será:

- a) Para romper el hábito de succión, ya que a pesar de que el niño pueda introducirse el dedo a la boca, no recibirá un a verdadera satisfacción.
- b) Para evitar la sobre fuerza sobre el segmento anterior ya que debido a su construcción, el aparato previene la presión del lado que desplazará a los incisivos superiores hacia labial, evitando así una mordida abierta mayor y una deformación de la función de la lengua y los labios.
- c) Para distribuir también la presión existente sobre los dientes posteriores, ya que durante la posición de descanso el aparato fuerza la lengua hacia atrás, cambiando su forma de una masa alargada longitudinalmente a una lengua más normal, la cual ejercerá una mayor presión hacia las caras bucales del maxilar superior, contrarrestando así el estrechamiento del arco dental del maxilar debido al hábito de succión.
- d) Para recordar al paciente que está recayendo en su hábito.
- e) Para que su hábito en vez de placentero le resulte mo -

lesto.

El aparato ideal para la corrección del hábito de la succión digital sería aquel que reuniera las siguientes características:

- I) Que no presente resistencia a ninguna actividad muscular normal, ni cause dolor.
- II) Que no requiera de ningún recordatorio para su uso.
- III) Que su uso no avergüence al niño.
- IV) Que no dependa del recordatorio paterno.

Si los niños son normales, saludables, raramente aparecerán efectos desfavorables, excepto un ceceo temporal que generalmente desaparece con el uso del aparato o inmediatamente después de retirado este.

Si los padres recompensan de alguna manera al niño por dejar el hábito, durante el procedimiento por medio de sus actos y de algún premio insignificante, esto será también un paso importante para el tratamiento del niño.



SUCCION DE BIBERONES Y CHUPETES

La succión infantil es muy frecuente, normalmente decrece con la edad y es importante hasta el segundo año de vida.

Los pediatras y psiquiatras han reconocido la importancia de la succión como una vía de comunicación con el mundo exterior.

Los labios del lactante son un órgano sensorial; ya que son muy sensibles al tacto y es la vía al cerebro que se encuentran muy adelantados en su desarrollo. Posteriormente al desarrollar sinápsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

Cuando en el niño el acto de mamar o chupetear es estimulado por el hambre, le va a producir satisfacción y le va a proporcionar alimento para obtener energía.

Al fijarse en este modo de reacción y si no recibe satisfacción del pecho materno, encuentra un sustitutivo, el cual puede ser el dedo, chupete o biberón. Satisfaciendo en el recién nacido un sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación o sentirse necesitado.

Va que en el lactante se encuentra un mecanismo bien desarrollado para chupar y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo su nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar tan indispensables en la primera etapa de la vida. El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca.



El calor que le transmite la madre al
niño al alimentarlo, todavía no ha sido in-
ventado por el hombre.

" El hombre todavía no ha inventado un sustituto para el amor, el afecto y calor por asociación "

A pesar de la controversia que existe entre la lactancia normal, natural y artificial, recientes investigaciones indican que no se ha dado suficiente atención a la sensación de gratificación asociada con la lactancia natural.

Esta gratificación bucal y la sexualidad infantil son en entidades cinestésicas neuromusculares poderosas.

El empleo del biberón aumenta los intentos hacia el enfoque matemático y mecánico de la alimentación de los lactantes. Pero la higiene y el vaso no deben desplazar el afecto y el calor del pecho, por lo que la alimentación a biberón debe llevarse a cabo y por lo general, así es, con ternura.

Si el médico estudia a las madres, mientras están alimentando con biberón a los niños, verá muchas cosas que deben ser desterradas y otras muchas que resultan admirables. No es necesario que la madre, mantenga al niño contra su pecho desnudo mientras le estén dando el biberón; pero es indudable que no deben mantener al niño a lo largo del brazo - ni física, ni emocionalmente.

Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han ignorado la fisiología básica del acto de mamar.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de embolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza

rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alterna da.

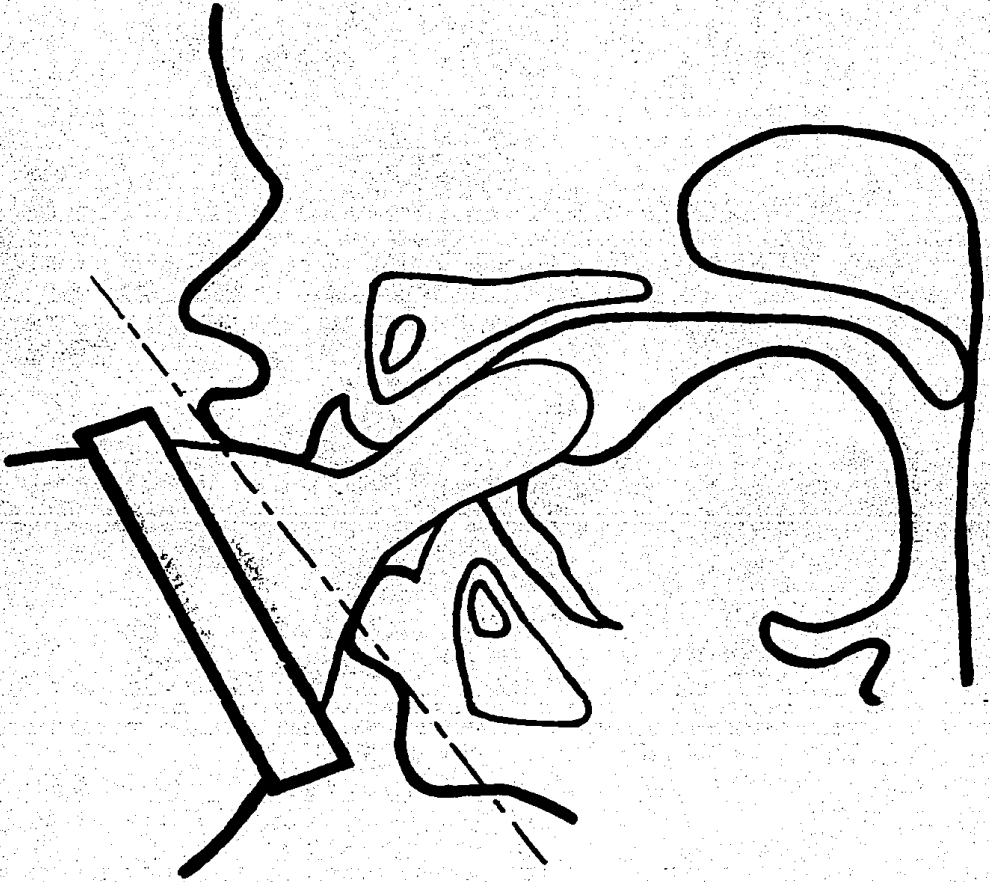
El mamar se convierte en chupar y con la tetilla artificial es más frecuente, debido al gran agujero en el extremo de esta, así, el niño no tiene que realizar demasiado esfuerzo, ya que solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde bermellón).

Debido al mal diseño, la boca se abre más y exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción de Embolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido.

Para realizar el proceso de llevar la leche hacia atrás en el menor tiempo posible, la utilización de una botella de plástico blando permite a la madre acelerar el flujo del líquido y reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.

Si la tetina tiene un agujero demasiado pequeño, los esfuerzos del niño pueden verse mal recompensados y resultar agotadores. O al contrario, una mayor rapidez en la salida sería perjudicial para el lactante porque la toma del biberón sería muy rápida, la coagulación de la caseína en el estómago se haría en coágulos grandes y como consecuencia la digestión no sería perfecta.

Un estudio objetivo realizado por computadora sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada,-



La tetilla de un biberón artificial de caucho, provoca que la boca se abra indebidamente y se dificulta un cierre labial ingiriendo aire, justo al abrir excesivamente la boca.

apoya las observaciones de Anderson, de que los niños amantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucuales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Balters y sus colaboradores, en Alemania concluyeron que mediaban otros factores, las tetillas de gomas artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediatrícos.

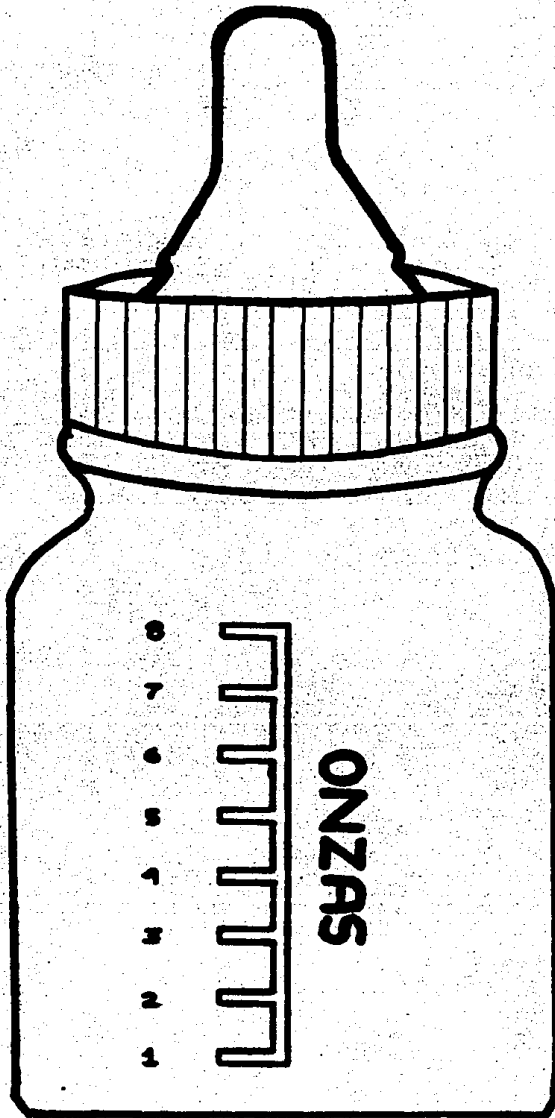
La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe. No tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar.

En otro estudio realizado para comperar la lactancia, con un grupo de 60 niños, se dividió a este en 3 subgrupos, - de 20 niños, siendo alimentado un subgrupo por medio de una taza, otro por medio de botella y el otro con pecho, durante los primeros 10 días de vida. Los resultados mostraron que los lactantes, alimentados en forma natural, desarrollaron una respuesta de chupeteo más fuerte, en relación con los alimentados con taza y botella.

Con la tetilla artificial ordinaria, la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Con frecuencia, la tetilla artificial de punta roma aumenta la cantidad de aire ingerido en el niño, por tanto, - deberá ser "eructado" con mayor frecuencia.

La tetina de color rojo bermellón o negro, deben de de



La tetilla del biberón ordinario, sólo exige que el niño chupe sin trabajar y ejercitar el maxilar inferior indebidamente.

Además que sus retenciones en la graduación son poco higiénicas.

sechase por entrar en su composición sustancias tóxicas para el lactante.

Falta el valor por asociación, dado por el seno y el cuerpo materno y la fisiología de la lactancia no es imitada.

Para proporcionar una copia fiel al seno materno fué diseñada una tetilla que provocaba la misma actividad funcional que la lactancia natural.

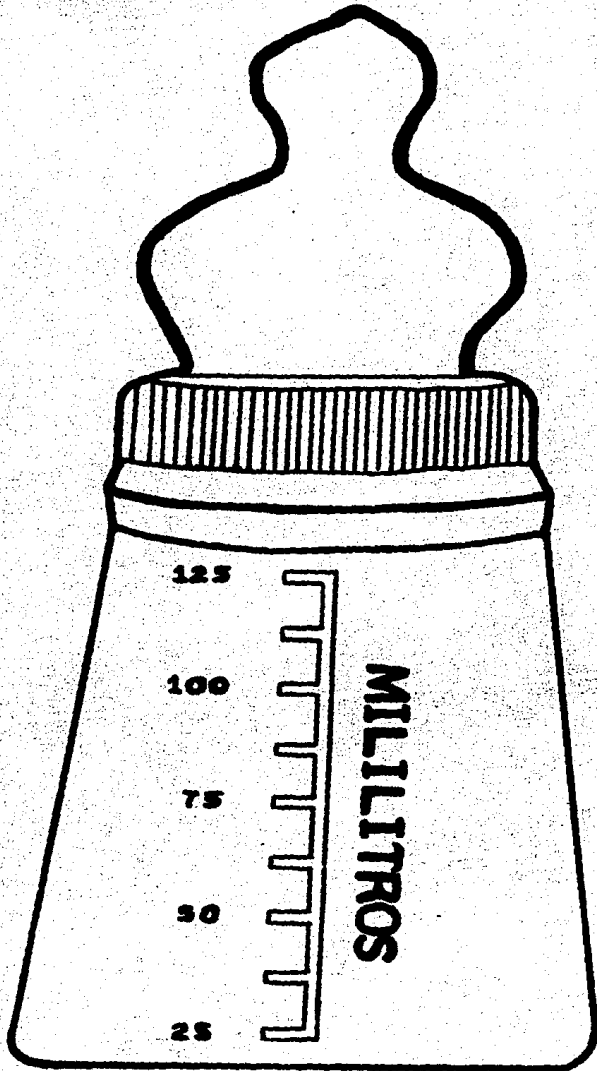
La tetilla de látex diseñada funcionalmente, elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores. La tetina es ancha, sin angosturas que dificulten su limpieza y es susceptible de voltearse como un dedo de guante que se vuelva del revés. Su color es pardo amarillento, su superficie de rotura brillante y sobrenada en contacto con el agua.

Se perforará a esta, haciendo un orificio con 3 hendiduras en forma de Y, la cual, al cerrar la succión, cerrará inmediatamente. La comprobación de que el orificio de la tetina está correctamente hecho, se hace invirtiendo el biberón con su tetina colocada y comprobando que la leche sale gota a gota (no muy lento).

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de éste mecanismo para la euforia fué perfeccionado el "ejercitador" o "pacificador" (chupete).

El apaciguador o chupete es usado por muchas madres para aliviar y para prevenir el llanto.

Aunque señala Mc. Keith, 1956, que es innecesario que el lactante tenga uno de ellos en su boca durante todo -



El biberón Nuk Sauger es el más indicado fisiológicamente, ya que provoca la misma actividad funcional, es de vidrio liso y sus ángulos en la base no tienen retenciones - por lo que es fácil de lavar.

el día.

Pero el chupete a veces tiene sus indicaciones y entre estas es que es útil en lactantes con cólicos idiopáticos o "cólicos de los 3 meses", los cuales se presentan desde las diez semanas hasta los 3 meses de edad del niño, se presentan después del biberón o de la tetada; los muslos se flexionan espasmódicamente sobre las caderas y los puños se cierran y se llevan hacia la boca abierta, su tratamiento será la succión y el mecer al niño.

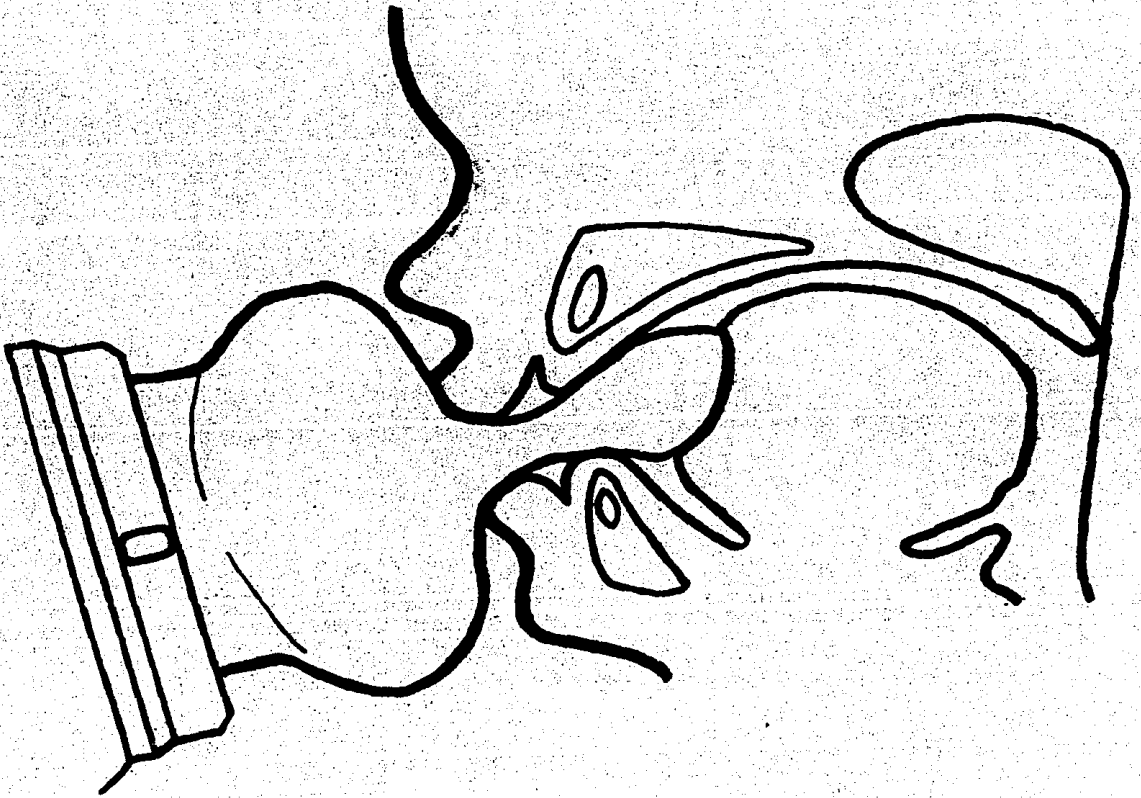
Su utilidad también es en casos, en los que el bebé llora inexplicablemente a otras edades y es específico contra la rumiación.

Se espera que esta tetilla anatómica junto con el "ejercitador", usado correctamente, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario.

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación por esto la madre cuidará de no dar poca atención y descuidar las mínimas necesidades de la lactancia, deberá resolver esta situación, al igual que las muchas relaciones que tiene con sus hijos y no cometer un error.

El destete deberá ser propuesto por lo menos hasta el primer cumpleaños.

Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y la mima, creemos que la frecuencia de los hábitos de succión digital se podrán disminuir considerablemente. Y el desarrollo de los hábitos anormales de labio y de lengua,



La tetilla del biberón Nuk Sauger imita la actividad natural, toda la zona peribucal puede ponerse en contacto con la base del biberón; adaptándose a los contornos de los labios.

que son la base del ejercicio profesional de los ortodon -
cistas, serán reducidos significativamente.

Es posible que el bruxismo y la bricomania, tan fre -
cuentes en niños y adultos, también pueden ser reducidos al
obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el -
acto de la alimentación.

Algunos pediatras sostienen que el chupete reduce
la incidencia de succión digital.

La madre moderna, parece sentir que ella debe poder
brindar todas las satisfacciones placenteras a su bebé o por
lo menos las suficientes para que no necesite buscar más, -
de modo que ofrecerle un chupete o biberón parece una decla -
ración de fracaso.

Se recomienda el uso del chupete fisiológicamente -
diseñado para todos los niños durante la época de la erup -
ción de los dientes y en otros momentos para suplementar --
los ejercicios de la lactancia.

Spence y colaboradores en 1954, realizaron un estu -
dio de las "Thousand Families" de Newcastle y encontraron -
que el 60% de las madres recurrían al chupete y no se encon -
tró evidencia alguna de que su empleo en los niños menores
de 5 años de edad hubiera aumentado el número de infeccio -
nes o de malformación de mandíbula o dientes.

Y en una fase posterior Wessel y colaboradores en -
1954, no encontraron dificultad en prescindir de su empleo.

Con el chupete se suprime la fuerza de palanca ejer -
cida por el brazo del pequeño y si la goma de que está he--

cho es muy blanda no ocasionará ninguna maloclusión; otra gran ventaja que se le da es que generalmente es abandonado en edad pre-escolar, si el niño es mandado al jardín de niños, él solo dejará de usar chupete al ver que los otros niños no lo usan.

Por tanto, desde el punto de vista odontológico, no existen contraindicaciones para el chupete, siempre que se le suprima en el momento correcto.

El niño puede ser privado mucho más fácilmente del chupete, que de la succión excesiva digital, lamentablemente si la posición preferida del bebé es la ventral, el chupete se cae pronto de la boca y molesta al niño al quedarle debajo de la cara.

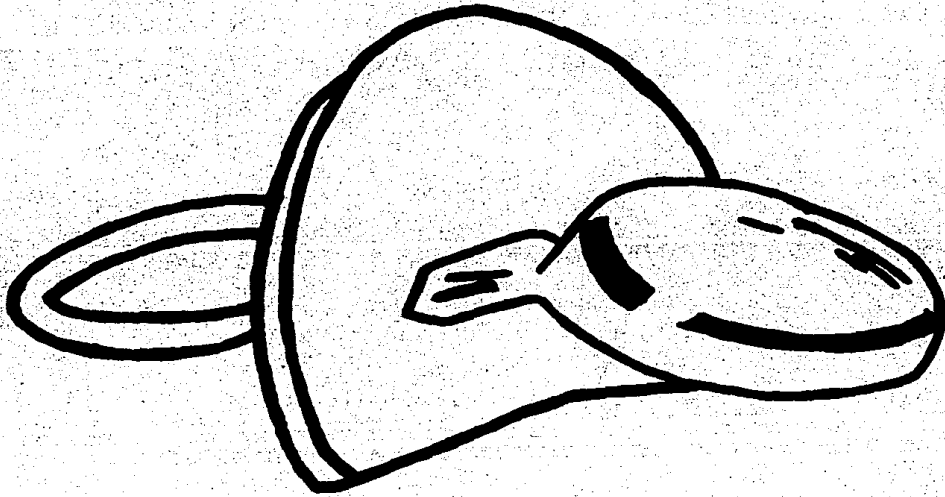
La substitución del dedo del niño por el chupón es un paso que debe hacerse con mucha cautela, no debe obligarse al niño bruscamente a usar su chupón introduciéndoselo a la fuerza en la boca, atándole la mano o empleando otros medios.

Debe tomarse siempre en cuenta que el niño puede poseer su hábito por algún motivo que lo esté frustrando y siempre debe tratarse hasta donde sea posible de investigar cual es el motivo de esa frustración.

Varios estudios demostraron una incidencia muy aumentada de caries, en niños que recibieron chupetes azucarados o tomaron biberones con azúcar durante varios años después de la lactancia propiamente dicha.

Un niño puede adquirir el hábito de succionar su ma mila por mucho tiempo, después de que ha terminado su leche, esto puede ocasionar una oclusión semejante a la que produ-

ce el chupete; ésta consiste en una mordida abierta que no puede ser nociva si el hábito es abandonado antes de la erupción de los dientes permanentes. Tanto el hábito de chupón como de la mamila, son dejados, la mayoría de las veces a tiempo, como para que la maloclusión que haya ocasionado llegue a desaparecer con las fuerzas naturales de crecimiento y desarrollo dentarios; sin embargo, se ven casos de niños que a los siete u ocho años de edad todavía permanecen con su mamila, a esta edad la mordida abierta puede ser ya tan marcada como para dejar una huella definitiva en la oclusión del niño.



El "ejercitador" o "pacificador" anatómico reduce la necesidad, y el deseo del niño de buscar ejercicios suplementarios, además de que el contacto palatino puede estimular el crecimiento de toda la arcada dentaria.



SUCCION LABIAL

El hábito de morderse el labio acontece particularmente en el niño pequeño, o se presenta en la edad escolar y aunque puede ser raro después de los 10 años de edad, se recomienda desacostumbrar el hábito en los niños en un tiempo que no sea más allá de los dos a tres años de edad, ya que puede continuar hasta la edad adulta.

Se practica principalmente en momentos de alteración emocional.

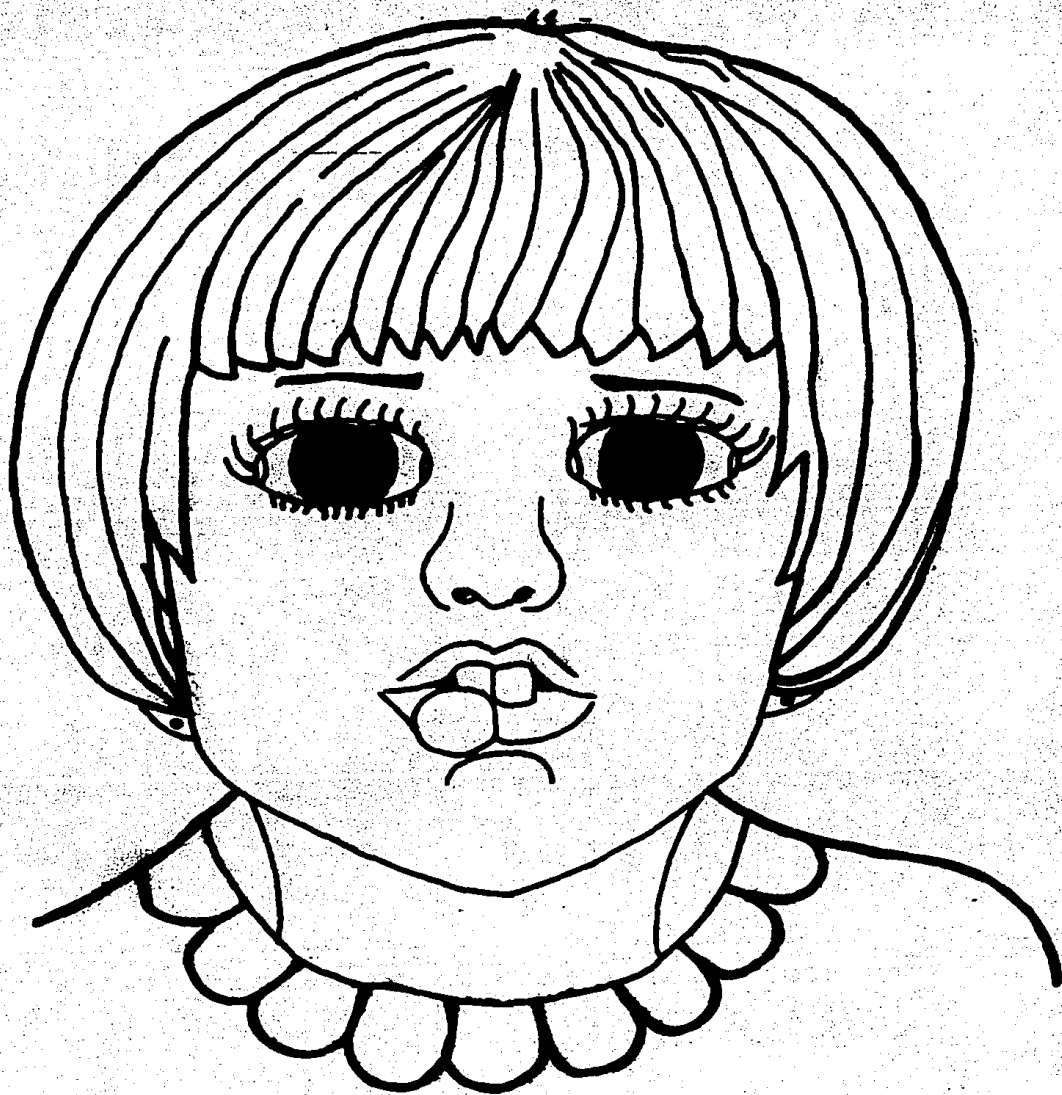
En un estudio realizado por Kravitz, se encontró que el 94.3% de 177 lactantes normales se mordían los labios. La edad promedio del principio fue de cinco meses, y cesó habitualmente a los diez meses de edad. Usualmente cesa cuando aparecen los incisivos inferiores centrales o laterales.

Por lo que morderse los labios, es también, un signo específico de la dentición.

Produciendo maceración del borde labial en el sentido de que se vuelve rojo y áspero debido al constante humedecimiento de la mucosa con la saliva.

El hábito de morderse el labio inferior, produce un efecto nocivo en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara.

Ya que habrá discrepancia esquelética, que produce la separación de los labios, ya en el sentido antero-posterior (esqueléticamente posnormal), o verticalmente (altura infra-nasal aumentada), pero puede asociarse ocasionalmente, con el acortamiento del labio superior. Ocasionalmente, puede verse un tipo de actividad muscular en que el



La succión labial, produce maceración - del borde labial, volviéndose rojo y áspero por el constante humedecimiento de la mucosa con la saliva.

labio inferior parece ser estirado firmemente alrededor -- del arco.

La deglución puede ir acompañada por contracción de los labios, alguna inclinación lingual de los incisivos inferiores, y acortamiento de la parte anterior del arco inferior.

Johnson analiza el hábito vicioso de los labios:

- 1.- La lengua se mueve hacia adelante y humedece el labio inferior.
- 2.- El labio inferior se vuelve hacia adentro.
- 3.- La lengua vuelve a la boca, y el labio inferior queda sujeto entre los dientes, ligera presión -- sobre los incisivos del maxilar, que se inclinan labialmente.

El grado de protrusión depende del espesor del labio inferior que conserva la deformidad.

Las causas de malos hábitos relacionados con los labios es el caso de el labio inferior que al colocarlo -- sobre la superficie lingual de los incisivos superiores y la superficie labial de los incisivos inferiores puede -- ocasionar una protrusión con espacio de los dientes superiores, debido a un resalte (overjet) sagital aumentado -- entre los incisivos, puesto que la acción de ruerzas rec^lprocas inclina los incisivos superiores hacia labial y -- los inferiores hacia lingual.



La protrusión de los incisivos superiores hace que el labio inferior se coloque sobre la superficie lingual de estos, por lo que se le hace difícil o imposible al niño cerrar los labios, por la deficiente función muscular peribucal.

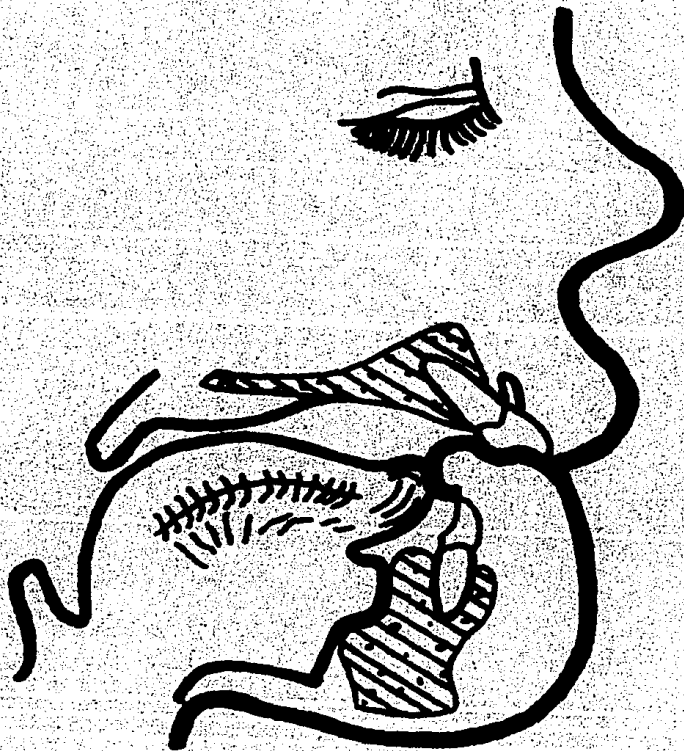
Esta inclinación puede ser tan fuerte que los superiores ya no cubren a los inferiores en sentido vertical (overbite) y se origina adicionalmente una mordida abierta pudiendo alargarse los molares.

Si encontramos ese labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores en el momento de la deglución, el labio se aplica contra los inferiores dirigiendo los caninos lingualmente con inclinación distal no dejando espacio para premolares que no llegan a erupcionar a una altura normal, en el labio superior porque la protrusión de los incisivos superiores usualmente es girada y corta por lo que los labios son separados y la respiración por la boca es una posibilidad.

En la discusión sobre el hábito de chuparse el pulgar y los dedos se mencionó que la actitud anormal del labio y la lengua con frecuencia estaba asociada con el hábito de dedo; ya que puede lograr los mismos desplazamientos que este hábito, donde los incisivos superiores quedan por fuera del labio inferior, impidiendo su contacto con el labio superior, los incisivos protruidos se labializan más por la actividad labial, ocurriendo así una excesiva actividad de la musculatura labial.

Si también la maloclusión es provocada por el hábito de succión, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad.

Con el aumento de la sobremordida horizontal se le hace difícil o imposible al niño, cerrar los labios correctamente por la prominencia de los incisivos superiores y crear la presión negativa requerida para la deglución normal.



La actividad anormal de los labios y lengua puede ocasionar desplazamiento de los incisivos superiores por fuera del labio inferior, - ocasionando una excesiva actividad de la musculatura labial.

Esto es porque el labio inferior mantiene la proclividad por contacto de las caras palatinas, o sea que el labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores, por la actividad anormal del músculo borla de la barba.

El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto y retráido.

A esta afección se le denomina "postura de descanso incompetente del labio".

Debido al intento para crear un sello labial anterior, el nivel del labio inferior es elevado, ya que existe una fuerte contracción del orbicular y por la actividad excesiva del músculo mentonianano, identificada por los hoyuelos sobre el mentón.

Este sellado anterior es una fase importante en la deglución y puede esperarse que ocurra más persistentemente a medida que el niño crece.

Neurológicamente, existe sin duda cierta cantidad de retroalimentación.

Los receptores (husos musculares), han sido encontrados en los músculos labiales, terminaciones nerviosas táctiles de los labios, reciben impulsos exteroceptivos generales, seguramente cumplen alguna función propioceptiva y visceral. La presencia de fibras propio-

ceptivas en el nervio facial no ha sido establecida.

Para la exterocepción, los impulsos táctiles viajan por las ramas maxilar superior y maxilar inferior del trigémino.

Para la enterocepción, parece ser que los impulsos viscerales emplean la misma vía.

Con maloclusión e interferencia morfológica con actividad normal de los labios, la actividad compensadora se inicia por los impulsos sensoriales, estos viajan hasta la corteza motora, la cual inicia movimientos volitivos.

Sin embargo, parece ser que la mayor parte de esta actividad es refleja, viajando del núcleo sensorial -- del nervio trigémino hasta el núcleo motor del nervio facial del pons.

Durante la deglución la musculatura labial es -- auxiliada por la lengua.

Y dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

- TRATAMIENTO:

Para poder realizar un tratamiento correcto necesitamos antes de un buen diagnóstico, es decir que si por ejemplo, existe una excesiva sobremordida horizontal, la actividad anormal del labio puede ser únicamente una actividad compensadora para poder deglutir más fácilmente.

Así como la cooperación del niño puede ser de ---

gran ayuda para el abandono del hábito.

Si intentamos romper el hábito sin haber corregido antes la oclusión, se puede asegurar que el paciente - después de un tiempo recaerá en el hábito, y tendremos un fracaso, ya que al colocar un aparato lingual sin corregir la mordida, lo único que hacemos es atacar un síntoma pero no el origen del problema.

Es por lo que como primer paso del tratamiento de beremos de corregir la oclusión con ayuda de un ortodon-- cista, y en la mayoría de los casos desterraremos así el mal hábito, sin necesidad de recurrir a ningún aparato -- rompehábitos.

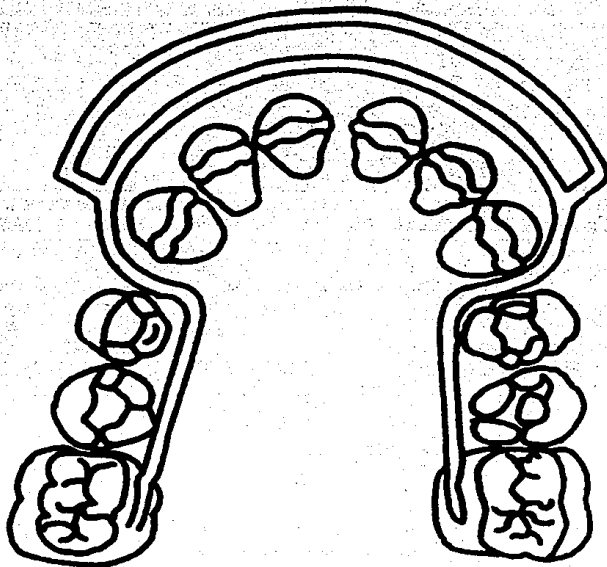
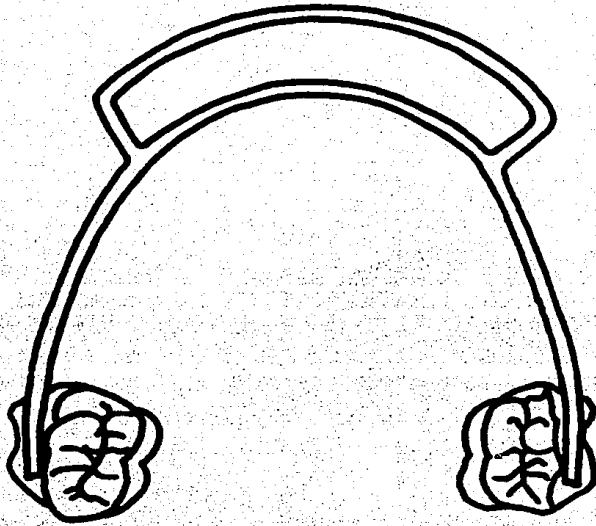
En aquellos casos en que nos encontráramos con - una oclusión que se puede considerar normal, o bien que - esto ya ha sido corregido y la succión labial persiste, - la solución al problema es la colocación de un aparato -- labial.

El aparato nos será también de gran utilidad en - aquellas ocasiones en que el hábito sea primordialmente - un tic neuromuscular.

El odontólogo también puede ayudar sugiriendo e-- jercicios labiales, tales como la extensión del labio su-- perior, sobre los incisivos superiores y aplicar con -- fuerza el labio inferior sobre el superior, así como su-- gerirle también tocar algunos instrumentos musicales bu-- cales, ya que ayuda a enderezar los músculos labiales y - a ejercer presión en la dirección acertada; sobre las -- piezas anteriores.

Johnson Leland, aconseja el empleo de pomada --

*labial aplicada a los labios, para recordar que no debe -
morderse el labio.*



Criba para el hábito de succión de labio



HABITO PROTRACTIL

La lengua que está compuesta por diversos músculos, puede ser origen de muchas dificultades.

Normalmente, existe un equilibrio fisiológico entre los músculos de la lengua, en la parte interna de la línea de los dientes, y la cortina de músculos faciales, en la parte exterior, que ayuda a determinar la posición de los dientes y de las estructuras óseas de la boca.

Cuando se rompe el equilibrio, el empuje anormal de la lengua en la parte interna produce en los dientes diversos grados de maloclusión.

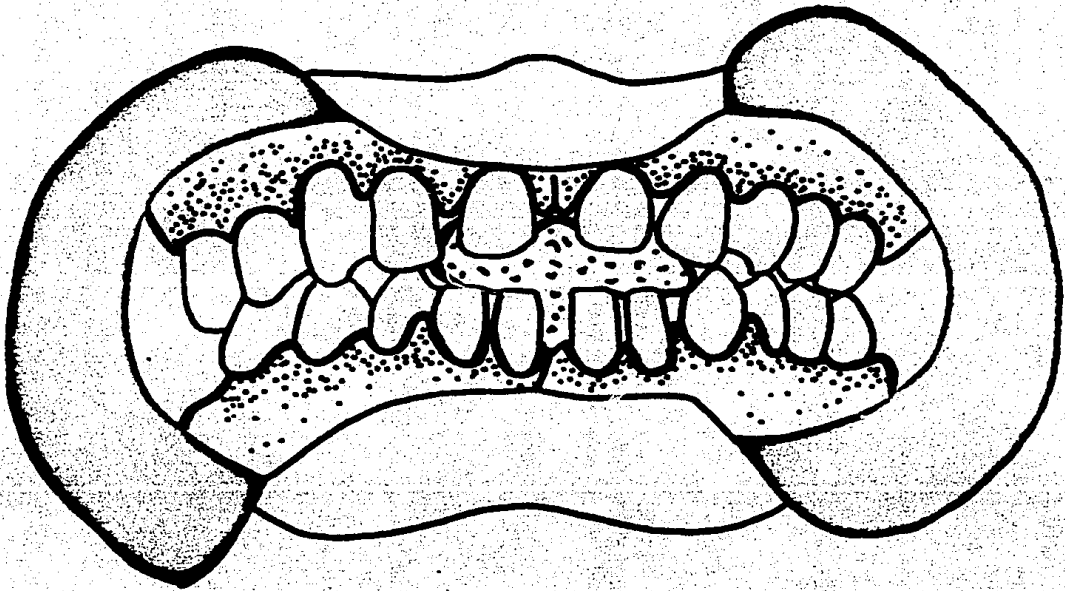
Puede aparecer este hábito en el cambio de dentición, el niño instintivamente juega con la pieza móvil y al perderla introduce en ese espacio la lengua.

Por observación, se manifiesta con frecuencia en niños con mordida abierta e incisivos superiores en protrusión.

Respecto a lo anterior Finn Sydney, dice "que no ha sido probado en forma concluyente si la interposición produce la mordida abierta, o si la mordida abierta permite al niño interponer la lengua en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

La presión lingual, por lo general, origina una inclinación hacia labial de los dientes anteriores.

Por lo que la mordida abierta se produce debido -



Al desplazarse la lengua hacia adelante entre los dientes superiores e inferiores, la sobreerupción de los dientes posteriores se facilita creando mordida abierta con dimensiones oclusal y postural vertical idénticas, facilitando la sobreerupción de los dientes posteriores.

a que la continuada interposición de la fuerte musculatura lingual, frena el desarrollo vertical normal de la -- apófisis alveolar y de los dientes.

Ocasionando también, la mala relación vertical - de las bases esqueléticas, lo cual provocará una distancia vertical aumentada entre los maxilares superiores e - inferiores, la altura infra-nasal será grande e impedirá la oclusión entre los incisivos superiores e inferiores.

La presión hacia afuera disminuida de la lengua sobre los dientes, y la presión hacia adentro aumentada de los labios y carrillos, se combinan para producir un - angostamiento del arco superior, y un trastorno de la -- posición incisiva.

Se ha mencionado también como consecuencia de - un hábito residual de succión, otra causa puede ser; las amígdalas hipertroóficas o hipersensitivas.

Winders ha demostrado que en algunas zonas, la - actividad de la lengua durante la deglución normal, es -- hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta crea da por los labios.

Se ha observado, que en algunos individuos, la - fase bucal del acto de deglución se logra sin juntar los dientes; permitiendo a la lengua escapar de entre los -- dientes superiores y los inferiores.

Con los arcos en posición de reposo, la lengua - se puede extender sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal.

La deglución se repite dos veces por cada minuto en el día, y una vez por cada minuto o menos, durante el sueño, dependiendo la frecuencia del flujo salival.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Y con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores.

O sea que suele ir acompañada por una mayor actividad de los músculos labiales, y alguna contracción del buccinador.

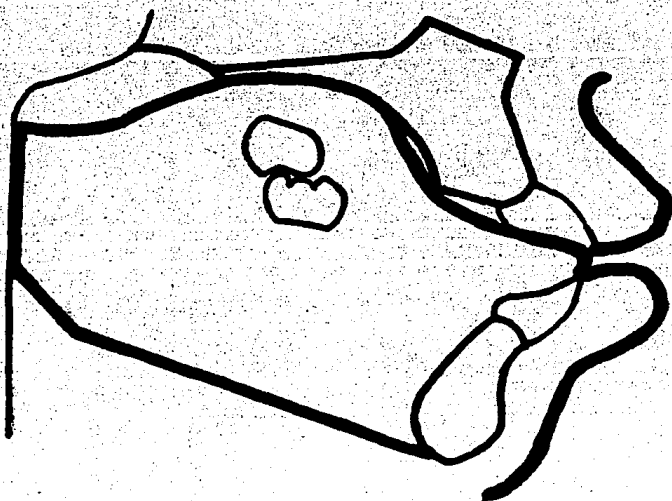
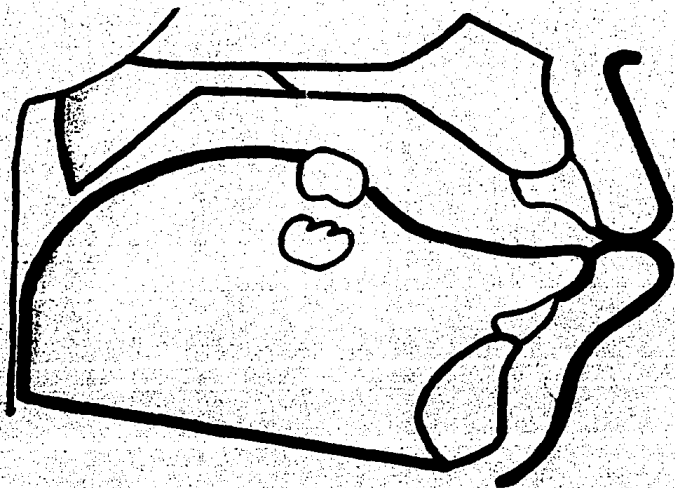
La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales, es compensada por la acción de la musculatura de los carrillos y labios.

Este círculo vicioso se repite con cada deglución.

Esto significa que se ejerce una gran fuerza de formante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

En realidad, muchos niños que se chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente, pero desgraciadamente, más poderoso.

Con menos frecuencia, adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante y chuparla por la sensación de placer que les proporciona.



La actividad protrusiva entre los dientes anteriores, se inicia cuando la lengua comienza a ocupar la mayor parte del espacio dentro de la cavidad bucal, durante la deglución.

La acción a manera de embolo, muy similar al acto de mamar, se considera una inversión o una característica residual de este mecanismo infantil.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar.

Con la persistencia de este hábito de dedo a manera de chupete "interconstruido", el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está previsto.

Con la erupción de los incisivos, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior.

Puede existir un período transicional prolongado, según fue demostrado por Baril y Moyers, dominando el patrón de deglución infantil o maduro a distintos tiempos.

Así la fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante es obvia.

Anderson, corrobora las observaciones de Moyers, cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.

En su estudio 54.2% de los niños con hábito de lengua tenía antecedentes de chuparse el pulgar o los demás dedos. Con respecto a la comparación de la lactancia natural con la lactancia artificial, los resultados indican que existe nuevamente, una mayor tendencia al hábito de lengua en el grupo alimentado artificialmente.

En algunos casos, al proyectarse la lengua hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares.

Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal.

La dimensión vertical oclusal y la dimensión vertical de descanso, se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Tornándose en una situación no sana para los dientes.

Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomandla; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior.

Clinicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

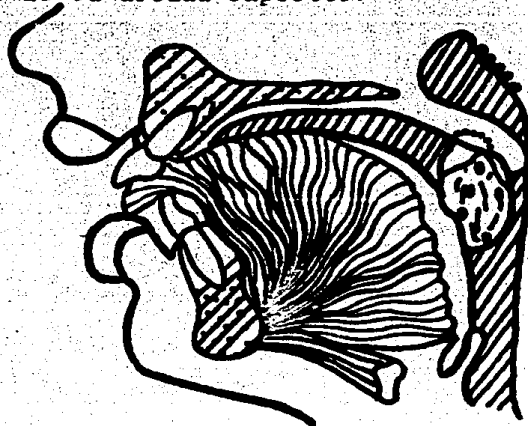
El tamaño de la lengua, es muy importante considerarlo, así como su función, y su efecto sobre la dentición, se puede ilustrar en dos casos: un paciente con aglosia congénita, y el otro con macroglosia.

La macroglosia puede ser también causa de grandes cambios en el arco dental; entre ellas el tamaño de éste.

Puede tomar la forma de diastemas entre los dientes, dependiendo su extensión, del volumen de la lengua.



El dorso de la lengua se aproxima al paladar durante la deglución, uniéndose los labios, así los incisivos entran en contacto momentáneamente cuando la punta de la lengua toca la papila interdientaria lingual de la arcada superior.



Las amígdalas grandes pueden acentuar el hábito de proyectar la lengua. El músculo borla de la barba ejerce una presión hacia adelante y hacia arriba y el labio superior permanece sin funcionar impidiendo un cierre firme entre sí

Entre las causas que contribuyen a la posición anormal de la lengua, posiblemente sea la presencia de amígdalas grandes y adenoides.

También el hábito de proyectar la lengua hacia adelante, puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua, según lo demostraron Moyers y Linder-Aronson.

El resultado final de la causa de proyección lingual, será frecuentemente mordida abierta permanente, maloclusión o patologla de los tejidos de soporte.

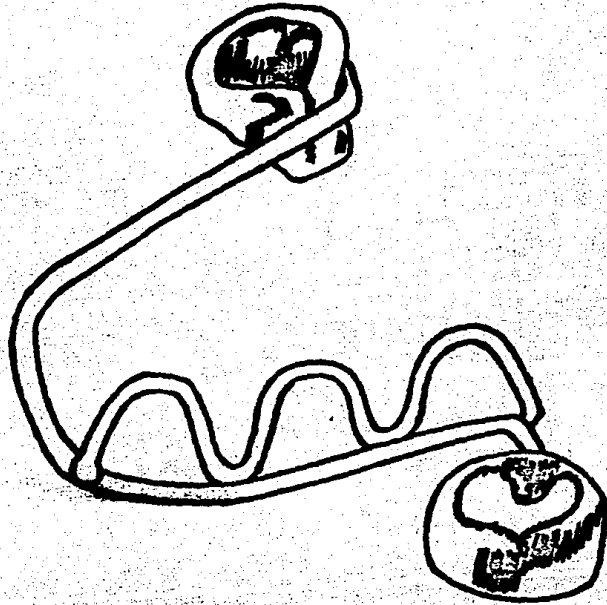
- TRATAMIENTO:

Para poder realizar el mejor tratamiento es necesario obtener un buen estudio del hábito por medio de los signos y síntomas que aporte el paciente.

Para determinar, si un paciente deglute normal, frente a él se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se le indica que degluta, si el acto es normal, el músculo temporal, se contrae, si no se contrae, la deglución es anormal.

El momento más favorable para una corrección espontánea, después de haber suprimido el mal hábito, se presenta en la época de recambio de los dientes anteriores, ya que es cuando no se les da a los dientes la oportunidad de erupcionar en posición anormal.

En aquellos casos en que las malformaciones sean



*Criba Lingual modificada para ayudar a --
evitar el hábito.*

debidas a una macroglosia, el tratamiento adecuado será: glossectomía parcial o cirugía correctiva de la lengua, -- combinada con agentes esclerosantes.

Las amígdalas deben de ser revisadas para comprobar que no es esta la causa de la protrusión lingual, ya que en los casos en que las amígdalas se encuentren inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua las rozan, produciendo un aumento de dolor, y por consiguiente un movimiento reflejo en el que la mandíbula desciende separándose así los dientes, y la lengua se coloca entre ellos, originándose así, un nuevo reflejo de deglución.

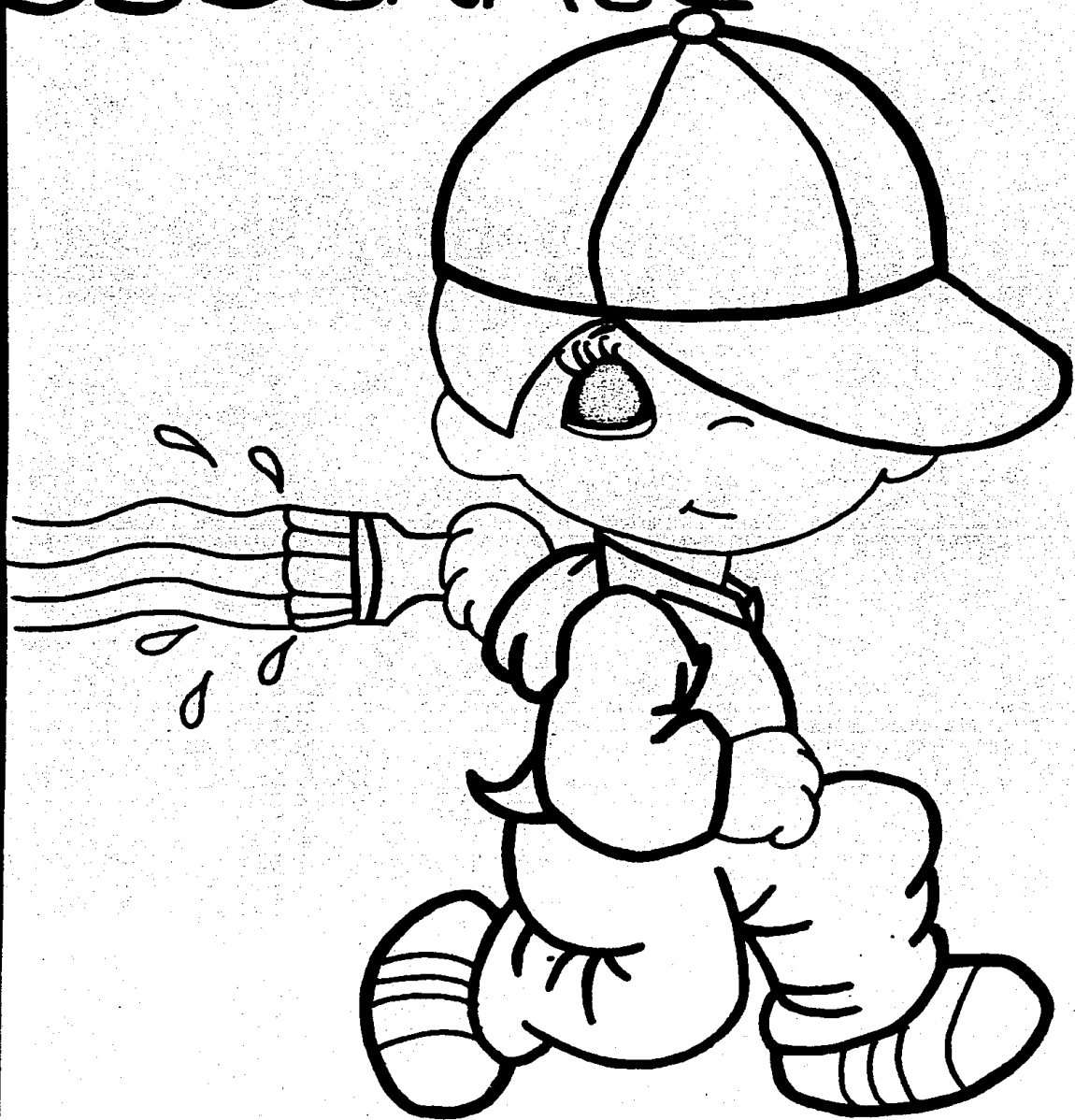
Antes de colocar un aparato, es recomendable instruir al paciente para deglutir correctamente.

Se le indicará que durante la deglución, la punta de la lengua debe estar colocada en la papila incisiva, se le hace que degluta varias veces para que localice el lugar correcto; luego con una pastilla de menta o limón, sin azúcar, se le indica que la mantenga con la punta de la lengua contra el paladar, hasta que ésta se disuelva, al estar colocada la pastilla contra el paladar, el niño segregará saliva y se verá obligado a deglutir correctamente.

Pocos van a ser los niños que logren vencer su hábito lingual fácilmente, pero de esta manera tendrán conciencia del lugar en que debe colocarse la lengua.

En los casos en que no se venza el hábito, por medio de ejercicios; el tratamiento será más adecuado con la colocación de un aparato rompehábitos.

SSONRÔE



HABITO DE SISEO

En el curso del exámen general y facial, la conversación con el niño, nos brindará una oportunidad para observar cualesquiera defectos de dicción.

Un sigmatismo, es la repetición desmedida de la letra "s" al hablar.

El hábito de siseo, que constantemente es llamado sigmatismo, es un defecto de la articulación del fonema "s".

Quando la punta de la lengua, toca los bordes incisales de los incisivos superiores, en lugar de hacerlo en el paladar, inmediatamente por detrás de ellos.

Frecuentemente; aparece en los niños que han perdido prematuramente, los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio o prótesis.

Puede presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

Los sigmatismos orales, pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla o deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, imitación, etc.

Los sigmatismos se han dividido según su causa, así tenemos:

- 1) Sigmatismo linguolabial.- En este sigmatismo, el

fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.

2) *Sigmatismo labiodental.*- Este es producido, entre el labio inferior y los incisivos superiores, y es semejante al sonido "f".

3) *Sigmatismo interdental.*- Este es uno de los más frecuentes, y es debido a una protrusión lingual, la que se efectúa al colocar la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores.

Es común que se produzca este sigmatismo, cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis

4) *Sigmatismo dental.*- En este tipo, la lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como deberla, sino contra los superiores, debido a anomalías dentarias, como apiñamiento inferior, giroversiones, linguoversiones, etc.

5) *Sigmatismo palatal.*- Este defecto, se presenta al retroceder la punta de la lengua, y producir el sonido entre ésta y el paladar.

Este hábito puede ser debido a prognatismo, o por una mordida abierta anterior, en la que la lengua no puede alcanzar fácilmente a los incisivos.

El siseo puede provocar serias lesiones, en los tejidos bucales, debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protruida puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior, ya que va

asociado con un empuje lingual anterior durante la deglución, y también con un resalte excesivo, ocasionando también mordida abierta posterior al desplazarse hacia los lados, o bien provocar un paladar ojival, al hacer presión sobre éste.

- TRATAMIENTO:

Se basará primeramente en identificar la causa del sigmatismo.

En los casos que se deba a problemas dentales, como por ejemplo; la falta de incisivos superiores, se hará la corrección de esta anomalía y el paciente deberá de ser remitido a una terapeuta del lenguaje; en los casos en que la causa sea un mal empleo de la lengua, se remitirá directamente al terapeuta, para que una vez enseñado el niño a pronunciar correctamente el fonema "s", puedan ser corregidas las malformaciones que ese hábito haya causado.

Debido a que el paciente está firmemente convencido, que su pronunciación es correcta, lo mejor será sugerir al terapeuta, que no intente corregirlo, sino por el contrario, enseñarle un sonido completamente nuevo.

Para este tratamiento, también es importante un juicio experimentado, y siempre debe buscarse, cuando se considere necesario, el consejo también de un ortodoncista.

Habrà que discutir con el pequeño y los padres, el tratamiento anterior, por lo que tendremos entonces, una oportunidad más de estudiar la actitud de los padres,

y de su niño, respecto al tratamiento propuesto, su duración y la cantidad de apoyo hogareño, que podamos esperar "mucho depende de esto".

Cuando el respaldo en la casa pueda ser inadecuado, habrá que simplificar el tratamiento o hasta abandonarlo todo.



**FACCILITA
LA VIDA A LOSSS
DEMASSS**

El hábito de siseo, puede originarse debido a una posición defectuosa de la lengua o al -- haber perdido prematuramente los dientes.



ONICOFAGIA

Este es un hábito que se desarrolla después de la edad de la succión.

Este no es un hábito pernicioso y no es causante de maloclusión alguna, puesto que las fuerzas o esfuerzos realizados al morderse las uñas, son similares a los aplicados en la masticación.

Es como un tic espasmódico; el niño se lleva repentinamente sus dedos a la boca y muerde las uñas durante un momento.

Los niños que con frecuencia la manifiestan, son muy sensibles y tienen generalmente una tensión nerviosa bastante alterada y es frecuente que manifiesten un desajuste social psicológico de mayor importancia que el hábito en sí, pues éste solo constituye un síntoma de un problema fundamental.

Billig investigó; que los niños empiezan a morderse las uñas usualmente, entre los ocho y diez años de edad.

Rara vez se observa antes de los cuatro años de edad.

Los psicólogos piensan que es una manifestación de ansiedad o desajuste de la personalidad, cuyo máximo de intensidad se ha observado entre los trece y diecinueve años de edad, cuando quizá bajo la influencia de la presión social, la mayoría de los pacientes dejan de

practicar el hábito.

Los pequeños que poseen dicho hábito, posible -- mente tengan maloclusiones pero no se ha considerado -- ninguna oclusión patognomónica específica de él.

Hay muchas personas que cultivan la mala costum-- bre de morderse las uñas; además de los trastornos buco-- dentarios que ocasionan, es pertinente mencionar el re-- pugnante aspecto que presentan los dedos con las uñas -- semidestruidas y que originan la pérdida de la belleza -- de las manos en el hombre, pero muy especialmente en la mujer.

Los que se muerden las uñas, tienen aparentemen-- te un hábito inocente, pero puede producir maloclusión dentaria. Este hábito tan frecuente entre los ni-- ños y adultos, es como los demás, difícil de suprimir.

Algunos autores clasifican a los mordedores de -- uñas como enfermos de tipo neurótico, tanto, que se to-- mó en cuenta este hábito al ser examinados los reclutas por los psiquiatras de los Centros de Reclutamiento de -- Submarinos de los Estados Unidos en la segunda guerra -- mundial.

Se consideró como síntoma neurótico bastante se-- rio, pues los hacía malos tripulantes de submarinos y -- por consiguiente, quienes lo practicaban no eran admiti-- dos para servicio en dicha rama naval.

Este hábito es más frecuente localizarlo asocia-- do a una maloclusión, que como causante de esta.

Al parecer, tanto uno como otro hábito, pero sin duda este que ahora analizamos, se debe en definitiva a una tensión emocional contenida, por conflictos psicológicos, tales como sentimientos de agresividad, timidez, poca atención afectiva de los padres, o de otra persona de quien tal se espera.

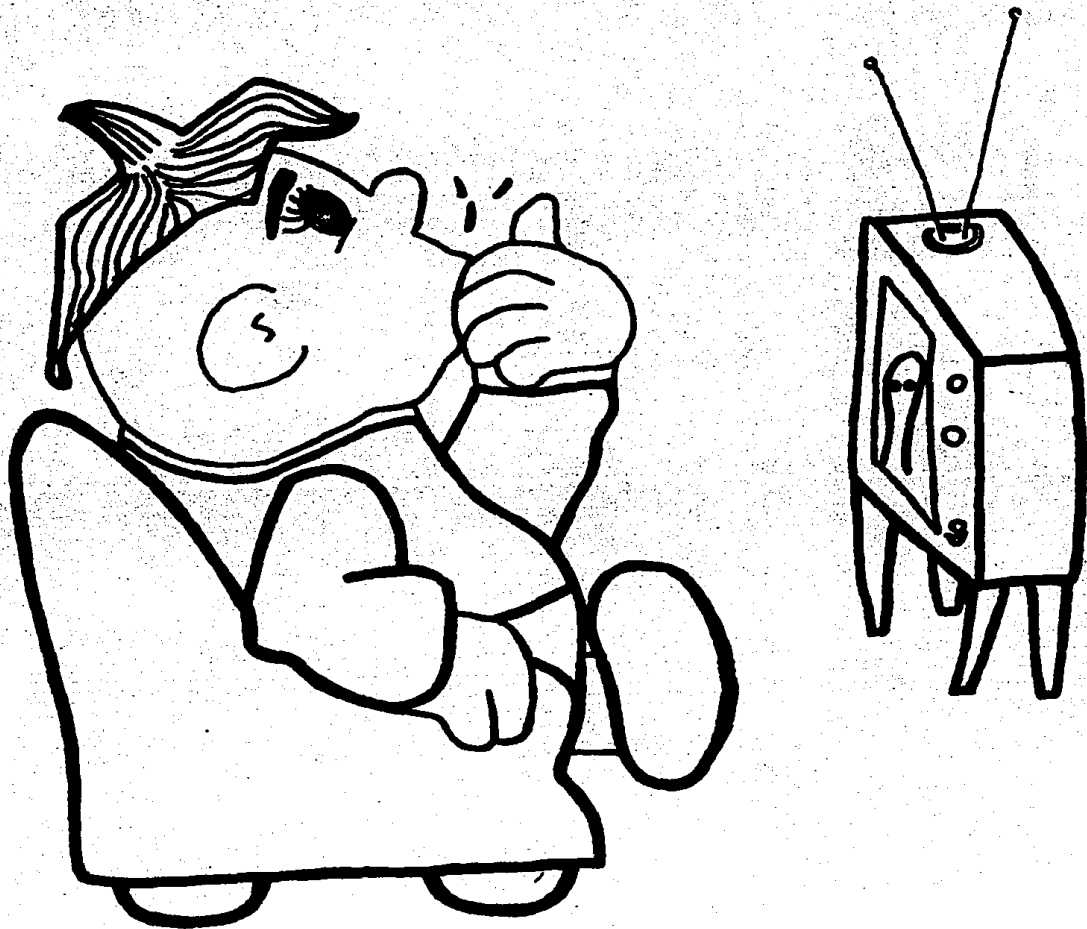
También puede provenir de la imitación al ver a otros morderse las uñas, inclusive miembros de la familia.

El paciente nervioso está especialmente predispuesto a este hábito y sobre todo ante contrariedades de cualquier tipo, preocupaciones, trabajo intenso e inadaptabilidad social.

Por lo que también pueden mordisquear las uñas solamente en secreto, si se les ha hecho notar que es un hábito indeseable.

Hay casos en que esto persiste para toda la vida, pero con frecuencia, por ser una costumbre, llegue a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad y con más o menos tentativas.

No es raro ver substituído este hábito por el mordisqueo de lápices, de los labios, o de los carrillos, el comer caramelos y fumar suelen ser recursos para desviar este hábito, el cual por otra parte suele tener recaldas más o menos esporádicas sobre todo en los temperamentos nerviosos y en situaciones de tensión emocional por la causa que sea.



*El paciente nervioso está especialmente predis-
puesto a este hábito ante cualquier tipo de preo-
cupaciones.*

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables -- socialmente debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años.

Un hábito como cualquier conducta general, no -- deberá ser considerado malo, a menos que perjudique -- realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes lo rodean. Morderse las uñas no es -- perjudicial en ninguna de estas formas.

Morderse las uñas, es una ocupación inofensiva, pero las actitudes de los padres frente a ella pueden -- ser muy ofensivas.

No siempre es posible descubrir las causas del -- hábito.

Pero es necesario dirigir nuestros esfuerzos para eliminar estas causas responsables, ya que lo que se logra es mucho, al aumentar la confianza y seguridad del niño en sí mismo.

Todo intento directo por ayudar, será evitando las amenazas, regaños, castigos, así como el tratar de -- ridiculizarlo.

Sugerirle actividades, ya que cuando el niño está alegremente ocupado en actividades que les agraden -- a él, para que el niño salga de sí mismo y sienta que -- los demás lo quieren y lo necesitan.

Puede ayudar a su desaparición también, cuando --

el niño es mayor; apelar a su sentido de orgullo personal.

Las uñas en el varón se deberán cortar, fomentando así su pulcritud; o la coquetería de la niña, arregándole las uñas, haciéndole notar lo distinguido y agradable que es su aspecto, cuando las conserva normales.

Así como también el colocar aceite de oliva, para ablandar las uñas también puede ayudar, evitando así que estas tengan bordes irregulares que inciten a morderlas.



Se debe de fomentar la coquetería en las niñas, lo cual ayuda bastante.



RESPIRACION ORAL

La cavidad oral, puede cerrarse en la parte anterior por la aproximación de los labios y posteriormente, por el contacto del dorso de la lengua con el paladar blando.

La respiración bucal se caracteriza por la falta de cierre de ambos extremos de la cavidad bucal.

Donders y Metzger, afirman lo anterior señalando que durante la respiración nasal normal, con la boca cerrada, existe un espacio suctor entre la unión del paladar con la lengua, el cual, desaparece al efectuarse la respiración oral.

Hay que recordar que este hábito, puede estar confinado a las horas de sueño, ya que la cabeza puede adoptar una posición dorsal, ocasionando que se abra la boca, y se acentúe la presión bucal con depresión del maxilar inferior.

Durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca, y se corrige, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

La respiración es un reflejo innato, que aparte de la autocomprensión pulmonar abarca músculos de la cara y de la boca.

El hábito de la respiración bucal es causado por desviaciones de procesos funcionales normales, los casos

mas frecuentes de la respiración bucal son:

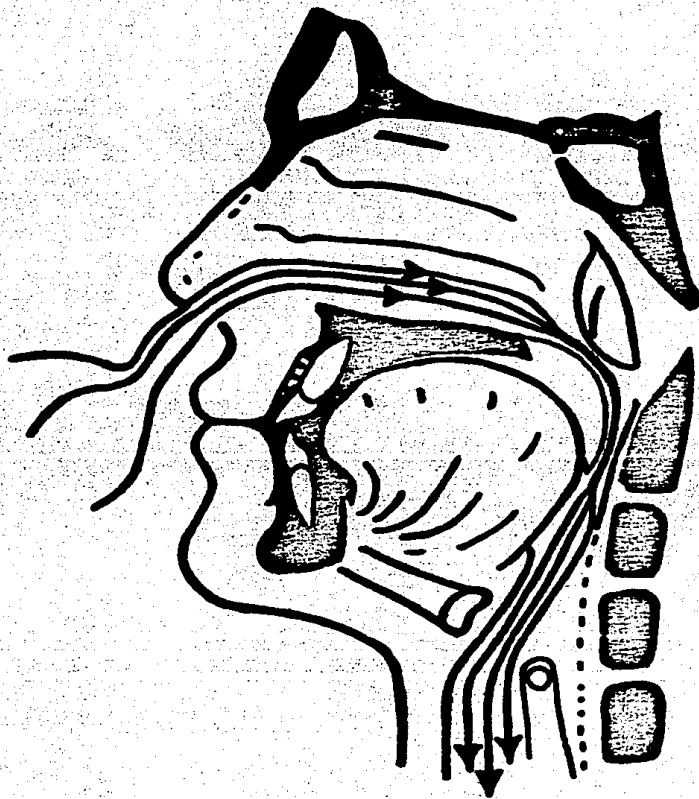
- I) *Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoides. O aquel cuyo labio superior corto, no le permite cerrar por completo, sin tener que realizar grandes esfuerzos.*
- II) *Defectos intranasales, como el séptum desviado, espolones óseos del séptum, hipertrofia de los cornetes, y membranas mucosas congestivas.*
- III) *Respiración bucal por hábito.*

Las malposiciones dentarias causadas por la respiración bucal son sumamente típicas, sirve de ejemplo el caso de la clase II división I de Angle, en la que vemos una posición posterior de la mandíbula que establece la oclusión distal de la arcada inferior; estrechamiento de la arcada superior y protrusión de los incisivos superiores.

Se cree que en esta clase no hay grandes cambios en el cuerpo de la mandíbula, sino que en este cambio existe al nivel de los músculos temporales, afectando la región de la cavidad glenoidea y modificando la posición; encontramos también una falta de crecimiento de la sínfisis mentoniana, dando el característico perfil huido.

En estos casos, cuando las piezas son llevadas a su posición normal se obtienen resultados estéticamente favorables, salvo en casos en que esta deformidad no sea muy leve, se puede lograr algo con el tratamiento.

En estos casos, el labio inferior ocupa un lugar



*Constricción del pasaje respiratorio -
por vegetaciones adenoideas en el espasmo
nasofaríngeo.*

en el espacio entre los incisivos superiores e inferiores.

Cuando el niño deglute, el labio se aplica contra los incisivos inferiores, moviéndose lingualmente y elevándolos.

Los caninos son llevados lingualmente con inclinación distal, reduciendo el área dental requerida para los premolares, y estos no pueden erupcionar con su altura normal quedando, en infraoclusión.

Así se origina en la arcada inferior una curva de Spee exagerada con pérdida de crecimiento vertical en el proceso alveolar.

La arcada superior y su hueso alveolar son presionados lateralmente por los buccinadores, tensos por la depresión de la mandíbula.

La lengua normalmente equilibrará esta presión muscular, pierde el contacto con las piezas dentarias por la depresión mandibular, de modo que la arcada superior y su proceso alveolar se estrechan considerablemente, por estar la boca abierta, pocas veces pueden los labios funcionar normalmente, con el resultado de que el superior no crece debidamente, y es tan corto que en lugar de hacer presión sobre las coronas de los incisivos superiores, descansa sobre el proceso alveolar a la altura de las raíces.

En esta posición produce presión que lleva a estas raíces incisivas hacia lingual, mientras que sus coronas van hacia labial por la presión del labio inferior que, como dijimos, elige como sitio de preferencia para instalarse la posición lingual con respecto a los -

incisivos superiores en el espacio entre estos y los inferiores.

El desplazamiento labial de las coronas de los incisivos superiores, tienen lugar gradualmente por la constante protrusión de la lengua, cuando el paciente trata de humedecer los labios, anormalmente resecos por la respiración bucal.

Generalmente, el labio inferior tiene aspecto de sagradable, flácido y con hipotonismo, sufre succión a menudo durante la deglución, lo que a su vez desvía más labialmente a los incisivos superiores.

Los bordes de los incisivos inferiores, pueden estar en contacto con la mucosa del paladar hacia lingual de los incisivos superiores. Este entrecruzamiento excesivo se debe, en la mayoría de los casos, a la falta de crecimiento vertical de la región molar y premolar de la mandíbula y una supraoclusión de los incisivos inferiores, esto último en gran parte, resultado de la presión lingual del labio inferior contrarrestando, la tendencia natural de estas piezas a colocarse en línea de oclusión.

La fuerza natural del crecimiento hacia adelante y arriba, unida normalmente a la posición correcta de los incisivos inferiores, encuentran resistencia en la fuerza inestable del labio inferior y se manifiesta, elevando a los incisivos inferiores por encima de la línea de oclusión.

La respiración bucal por hábito; se presenta en niños que aún se les haya eliminado la obstrucción, res-

piran en forma constante por la boca; pero también hay niños que permanecen con la boca abierta todo el día y no presentan respiración bucal.

Para confirmar esto; puede tomarse un pedazo de algodón con una pinza de curación y acercarla a la boca, y colocar debajo de la abertura de las fosas nasales un pedazo de cartón, si el algodón se mueve al efectuarse la respiración, podemos asegurar que el pequeño es respirador bucal.

El síndrome típico de la respiración bucal se caracteriza por los siguientes síntomas: hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, apiñamiento en ambas arcadas de los dientes anteriores, paladar alto, hipotonía y acortamiento aparente del labio superior y frecuentemente sobremordida notable.

Así como, estrechamiento del maxilar, ya que el mantener la boca abierta, perturba el equilibrio de las partes blandas adyacentes, aumentando la presión de las mejillas.

Aunque cabe mencionar; que los arcos estrechos y la respiración bucal, provienen de un tipo facial estrecho, con vías nasales estrechas que se angostan con facilidad por el edema de las membranas mucosas nasales.

Por tanto, la respiración bucal no siempre es acompañada por una forma anormal de los maxilares.

El tejido gingival también se altera, produciéndose una hipertrofia de la encla y gingivorragia o estmulos pequeños.

Estos pacientes tienen apariencia característica conocida como "fase adenoidea".

Casi todos los respiradores bucales pueden respirar por la nariz, pero al hacerlo se notará que la dilatación de las aletas nasales no cambia notablemente, contrastando con el notorio dilatamiento nasal del respirador normal.

Es notable también, la separación de los labios del respirador bucal en los lapsos de descanso, hecho -- que le permite respirar.

- TRATAMIENTO:

El primer paso que se debe seguir para tratar a un niño con respiración bucal es revisar y comprobar que no presenta obstrucción nasofaríngea, si esta obstrucción existe, es necesario remitirlo con un médico otorrinolaringólogo, el cual, realizará el tratamiento adecuado para el libre paso del aire a través de la nariz.

En algunos casos, cuando la respiración bucal es debida a alguna malformación dental, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de una función normal, de la musculatura perioral, logran reactivar al labio superior, permitiendo así el cerrado labial y estimulando la respiración nasal normal.

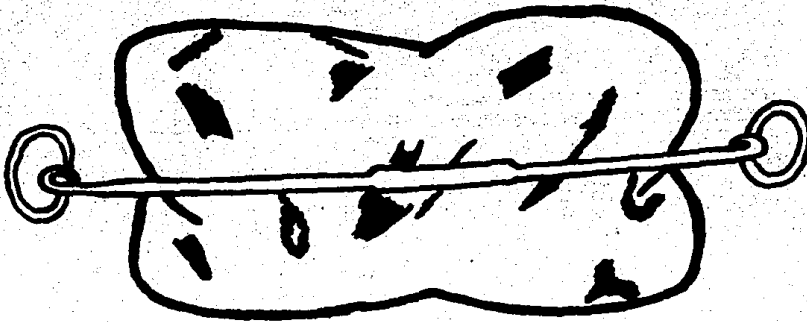
En ciertas ocasiones, a pesar de que la corrección nasofaríngea o la bucal, cualquiera que sea la in--

dicada, haya sido realizada, el niño continúa respirando por la boca, debido a la costumbre, y es en estos casos en que el cirujano dentista debe colocar una placa bucal o pantalla vestibular, que obliga al niño a respirar por la nariz.

Antes de colocar una placa bucal, es de suma importancia comprobar y estar seguro de que el niño no presenta ninguna obstrucción nasal y puede respirar libremente por la nariz.

Esta placa nos servirá también para evitar la succión digital a la vez que se fortalece la acción de los labios y evita la succión labial.

Esta placa se utilizará durante las noches y mantendrá hasta que sea posible al niño, de reincidir en dicho hábito, hasta que desaparezca por completo.



Escudo vestibular de acrílico transparente con un tubo, el cual sirve para sostenerlo durante la noche.



HABITO DE POSICION

En el estudio de las maloclusiones hay que pensar siempre en la posibilidad de que un hábito de posición puede ser causa de las siguientes alteraciones, -- cuando el factor etiológico no esté a la vista.

Se han observado maloclusiones causadas por hábitos que se denominan "de posición", éstos consisten en posturas que adoptan los niños al leer, al sentarse en clase o en algún otro sitio y al dormir.

La postura que se observa con más frecuencia es la de apoyar la cabeza en la eminencia palmar de un solo lado, la persistencia de esta postura durante muchas horas puede ocasionar un desplazamiento lingual de los dientes del lado en que se ejerce la presión.

Además, durante el sueño los niños suelen apoyar su cabeza sobre el antebrazo, ejerciendo así una presión adicional indebida, generalmente a nivel de la arcada superior, cuando se está así por muchas horas al dormir y de un solo lado, las piezas dentarias pueden desplazarse hacia palatino, una maloclusión por esta causa es -- muy difícil que se llegue a observar pues generalmente los niños cambian muchas veces de postura durante el -- sueño.

Hay niños capaces de adquirir muchos tipos de -- hábitos de posición, se han observado niños que apoyan -- la cabeza recargando los incisivos superiores sobre el -- pulpejo del dedo pulgar, si esta posición es persistente, estos dientes seguramente sufrirán un marcado desplazamiento hacia labial.

A veces, adquieren el hábito de protruir la mandíbula a fin de obtener una posición de mordida más confortable, por alguna interferencia oclusal en la parte anterior.

Y aún después de corregida la interferencia causante del hábito, éste persiste dando lugar a una pseudo-oclusión prenatal.

La postura es considerada como la expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y como tal, un hábito susceptible de cambios y correcciones.

Los hábitos de posición han sido citados también como causas de maloclusiones.

Stallard ha demostrado que del 11 al 20% de las distoclusiones son producidas por posturas impropias durante el sueño con la intervención de la almohada, como elemento de cooperación para la influencia ejercida por indebidas presiones sobre la cara, principalmente al dormir sobre el estómago.

Las deformaciones oblicuas como el aplanamiento del cráneo y asimetría facial, suelen establecerse durante el primer año de vida por la costumbre del niño por adoptar la posición decúbite supino con la cabeza vuelta a la derecha o izquierda.

También influye en esto el hecho de que el niño duerma efectuando presiones sobre la cara o la posición adoptada en la escuela al escribir o escuchar; como el hábito de apoyar la barbilla sobre la mano, el resultado será anomalías en la evolución de los maxilares, --



Al dormir el pequeño, efectuando presio- -
nes sobre la cara, no se produce una asime --
tría facial.

variables, y a la falta de relación entre los arcos dentarios, según la duración y prolongación de la causa. Dando lugar a que se formen funciones musculares anormales, las cuales reafirmarán la malformación.

De tiempo en tiempo, los investigadores tratan de probar que las malas condiciones posturales pueden -- provocar maloclusión.

Se ha dicho que muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión del maxilar inferior. La mayor parte de tales acusaciones son infundadas.

Tampoco es factible que se provoque maloclusión dentaria porque el niño descansa su cabeza sobre las manos durante períodos indeterminados cada día, o que duerme sobre su brazo, puño o almohada cada noche.

La mala postura puede acentuar una maloclusión existente.

Pero aún no ha sido probado que constituya el -- factor etiológico primario.



BRUXISMO

Generalmente suele producirse en niños, que además de ser muy irritables, pueden manifestar otros hábitos como el de succión o la onicofagia.

El bruxismo es el desgaste normal de los dientes y comienza tan pronto como los dientes antagonistas se ponen en oclusión.

Los dientes temporales, se desgastan algo más rápido que los permanentes.

La cantidad de atricción en las piezas dentarias, va a variar; dependiendo de el carácter físico de la comida y los hábitos dietéticos.

El bruxismo debe ser considerado como un síntoma de crecida tensión nerviosa en el niño, y debe buscarse la causa, refleja nerviosismo y una gran excitabilidad.

El rechinar nocturno (bruxismo), generalmente, solo se observa durante el sueño, y rara vez en horas en que el niño está despierto.

El rechinar nocturno (bruxismo), en los niños, provoca una atricción particularmente rápida.

Los problemas presentes originados por este hábito, dependerán del tiempo y la fuerza con que el niño lo ejecute; a veces el rechinar es tan fuerte, como para escuchar los sonidos de las rozaduras a distancia.

Cuando el hábito se manifiesta con esa intensi-

dad, es fácil comprender las marcadas atricciones de -- los órganos dentarios y el dolor frecuente en la región de la articulación temporo-mandibular principalmente en las mañanas.

Los niños que en su mayoría lo presentan; son -- aquellos, que son repudiados por los padres o compañe-- ros de juego, los cuales pueden desarrollar tics facia-- les y bruxismo. Debe también considerarse las de-- ficiencias nutricias subclínicas.

Cuando el bruxismo es determinado por factores -- emocionales o ambientales, debemos pensar de que el niño encuentra dificultad en inhibir su agresividad.

Es posible que exista maloclusión o mal funcio-- namiento de la oclusión en la mayor parte de los casos -- como "eslabón débil", que deberá ser explotado por las -- exigencias psicogénicas.

Generalmente, existe una sobremordida más profun-- da que lo normal, una restauración "alta", una unidad -- dental mal colocada, etc.

El proceso se convierte en un círculo vicioso al -- agravarse algunas de las características oclusales bajo los ataques traumáticos del bruxismo y rechinariento.

Es necesario hacer muchas investigaciones sobre -- la naturaleza exacta del fenómeno de rechinariento de -- dientes, que provoca miositis y que es tan frecuente en personas de todas las edades en nuestra sociedad comple-- ja y nerviosa.



*La mayoría de los niños que presentan el -
brujismo, son aquellos que son repudiados por
los padres o compañeros de juego.*

Específicamente, el bruxismo o bricomanía, la --
contracción de los músculos masticadores y el rechina--
miento rítmico de los dientes de lado a lado durante el
sueño, ¿causa maloclusión o es el resultado de la malo--
clusión?

La relación de causa y efecto no es muy clara.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable --
de mordida profunda. Pero también sabemos que --
existe un componente psicogénico, cinestésico y neuro--
muscular o ambiental.

La tensión nerviosa, encuentra un mecanismo de --
gratificación en el rechinamiento y bruxismo.

Los individuos nerviosos tienden con más frecuen --
cia a desgastar, rechinar y fracturar los dientes con mo --
vimientos de bruxismo.

Generalmente el bruxismo nocturno no puede ser --
duplicado durante las horas de vigilia.

La magnitud de la contracción es enorme y los --
efectos nocivos sobre la oclusión son obvios.

Un número significativo de denticiones deciduas --
muestran el efecto del bruxismo, la bricomanía, no puede --
ser estudiada clínicamente, pero posiblemente se trata --
de una actividad concomitante. La correlación con --
los hábitos erotogénicos, no ha sido establecida.

- TRATAMIENTO:

Debido a que el bruxismo es causado principal -- mente por factores psíquicos así como factores oclusa -- les, el tratamiento a seguir se basará; en la elimina -- ción de ambos factores.

Es necesario también eliminar las interferencias oclusales, por medio de un ajuste para evitar la produc -- ción de una tensión muscular.

Los ejercicios relajantes, así como la fisiote -- rapia pueden ser de gran ayuda para disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxismo.

Se le deberá de proporcionar al paciente; psico -- terapia encaminada a disminuir la tensión emocional o -- psíquica productora de la tensión muscular.

El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica -- productora de la tensión muscular.

El empleo de medicamentos tranquilizantes puede proporcionar un alivio temporal a la tensión psíquica y muscular, pero una vez suspendida la medicación el há -- bito reaparecerá.

Se puede utilizar una placa para mordida o una -- férula oclusal.

Una placa debe lograr los siguientes objetivos:

- 1) La eliminación de las interferencias oclusales, con el mínimo de abertura de la mordida.
- 2) Mantener a los dientes dentro de una posición estable.

Varios son los tipos de placa para mordida y férulas oclusales que han sido sugeridas, como tratamiento para el bruxismo.

La que mejores resultados ha proporcionado es la ideada por Sved, que consiste en una placa de acrílico con un gancho retenedor en el área de los molares de cada lado de la arcada superior.

La placa de acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores, en donde hacen contacto los incisivos superiores, con el fin de que la placa se encuentre bien fijada y estabilizada sobre los dientes, evitando así el vaivén de estos.

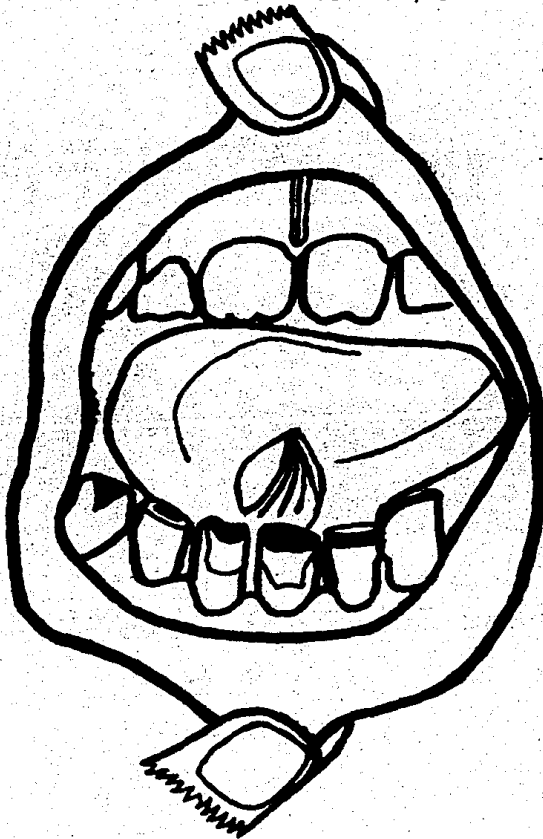
Las férulas oclusales, que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida para el tratamiento del bruxismo, abarcan no solo el borde incisal de los dientes anteriores, sino que también cubren las caras oclusales de los posteriores.

Esta férula deberá de tener superficies oclusales planas para evitar todas las posibles interferencias en cualquier excursión.

Se construye una férula de caucho blando, para ser colocada durante toda la noche.

El caucho blando, no forma una superficie dura y resistente al frotamiento, de esta manera el hábito pier de su eficacia.

La construcción de una férula de caucho blando - es la misma que la de una placa bucal utilizada en la - corrección del hábito de respiración bucal.



El bruxismo se asocia con sobremordida excesiva y puede provocar un marcado desgastamiento de las piezas dentales y la restauración protésica en estos casos es difícil.



HABITOS RELACIONADOS
CON
CUERPOS EXTRAÑOS

Estos hábitos pueden estar relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces es difícil descu- - los.

Los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño, favorece a practicar este hábito.

En este aspecto, vemos el hábito que adquiere el paciente en la escuela de morder lápices, reglas, gomas, abrir horquillas, etc., estos hábitos los efectúan, ya sea por comodidad o placer.

Hay niños que llegan a tal grado que un lápiz lo acaban mordiéndolo en dos o tres días, lo mismo ocurre con las reglas, ya sean de madera o de plástico.

Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y éstos son aquellos que muerden un pedazo de tela, como una esquina de la almohada o de la sábana, la esquina del cuello de la pijama, etc.

El uso de chupetes de goma duros no es tan frecuente como antes, porque se ha advertido a las madres - que restrinjan su uso, por algunos dispositivos similares más blandos, son a veces factores etiológicos para - nosotros y esta posibilidad debe ser tomada en cuenta.



*Entre los hábitos adquiridos durante la primera infancia, están aquellos niños que muerden su co-
bija.*

Otro hábito pernicioso frecuente es la apertura de horquillas con los dientes antes de colocarlas en el pelo.

En pacientes con este hábito se han observado incisivos con muescas y dientes parcialmente denudados de su esmalte vestibular.

El llamarles la atención sobre los perjuicios - que les está causando, suele ser suficiente para romper el hábito.

Existe una variedad inmensa y sobre todo, es tan individual el hábito relacionado con cuerpos extraños, - que al hacer la historia clínica del paciente, cuidaremos de no pasar por alto la posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso relacionado con un cuerpo extraño - llevado a la cavidad oral.

CONCLUSIONES

Siempre procuraremos de una buena Historia Clínica, para obtener un diagnóstico correcto y así poder lograr un tratamiento con el cual nos sientamos satisfechos al haber puesto todo nuestro esfuerzo y entusiasmo en él.

Existe un gran número de maloclusiones dentales, las cuales son producidas por los diferentes tipos de hábitos; y es de gran importancia el conocimiento de estos por todo Cirujano Dentista.

Debe de haber un completo entendimiento entre el niño y los padres, así como el odontólogo, el cual debe dar a los padres la prescripción infantil de:

. Vitamina T.C.A.

Tierno cuidado amoroso, 3 veces al día

. Factor R.

Respeto por la personalidad del niño

. Factor S-H.

Sentido del humor

Al igual que invitar a los padres a no forzar, y a no criticar al niño.

Los malos hábitos; provocan trastornos en la oclu-

sión, se deben de tratar a una edad adecuada, la cual nos sirva de ayuda para que no originemos daños psicológicos en el niño y su tratamiento sea eficaz.

En el hábito de succión hay que descubrir primero la etiología de su trastorno, para poder incluir métodos terapéuticos de convencimiento o aparatología, y así ayudar a evitar que siga ocasionando alteraciones en la formación de la mandíbula y en la estructura dentaria.

La lactancia es perfecta desde un punto de vista químico, pero no como experiencia afectiva, ya que ningún biberón podrá substituir al pecho materno.

La naturaleza es sabia y siempre será preferible el amamantamiento. En caso de no ser posible el biberón anatómico es lo más recomendable.

Los chupetes anatómicos sólo son aconsejables en aquellos casos en que se substituya por la succión digital.

El hábito de labios, lleva a los dientes hacia inclinaciones dentarias; incluyendo el overbite y la protrusión.

El hábito de lengua debido a las fuerzas anormales que ejerce sobre los órganos dentarios, provoca malposiciones dentales.

En el hábito de siseo, es necesaria la ayuda de un terapeuta del lenguaje junto con el tratamiento dental, ya que es necesario reducir la incoordinación lingual -

que provoca dicho hábito.

- . Si se llega a colocar un aparato rompedor de hábitos; este no se retirará inmediatamente después de haber desaparecido el hábito; sino se dejará un poco más de tiempo en la boca, para evitar la recidiva en el niño.
- . La respiración bucal, origina un desequilibrio muscular de la cara, resultando, una serie de modificaciones en el crecimiento facial, así como problemas en la oclusión dentaria.
- . El bruxismo tiene una doble etiología, por tanto; el tratamiento de este deberá enfocarse tanto a lo dental, como a lo psicológico. Al igual que a los otros malos hábitos.

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

- 1.- Mc. Donald Ralph
 "Odontología para el niño y el adolescente"
 Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1975.
- 2.- Brauer Charles J.
 "Odontología para niños"
 Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1969.
- 3.- Moyers Robert E.
 "Tratado de Ortodoncia"
 Editorial Interamericana, S.A. México, 1970.
- 4.- Sidney Finn B.
 "Odontología Pediátrica"
 Editorial Interamericana, Argentina, 1976.
- 5.- Silver Kempe B.
 "Pediatria"
 Editorial El Manual Moderno, México, 1981.
- 6.- Mc. Kay Vaughan N.
 "Tratado de Pediatria"
 Salvat Editores, Barcelona España, 1976.
- 7.- A. De la Torre J.
 "El cuidado del niño"
 Editorial Siglo XXI, México, 1972.
- 8.- Hotz Rudolf.
 "Odontopediatria"
 Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1977.

- 9.- Lundstrom Anders.
"Introducción a la Ortodoncia"
Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1969.
- 10.- Gardiner Leighton W.
"Manual de Ortodoncia"
Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1977.
- 11.- Leyt Samuel.
"Temas de Odontología Pediátrica"
Odonto-ediciones, Buenos Aires, Argentina, 1966.
- 12.- Barón Fernández.
"Manual de Puericultura"
Editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1968
- 13.- Ajuriaguerra.
"Manual de Psiquiatría Infantil"
Editorial La Casa de España en México, 1946.
- 14.- Cohen Michael.
"Odontología Pediátrica"
Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1971.
- 15.- Harndt E. H. Weyers.
"Ortodoncia Infantil"
Editorial Mundi, Argentina, 1967.
- 16.- Seen Milton J.E.
"Odontología Infantil e
Higiene Odontológica"
Editorial Hispanoamericana, Buenos Aires, 1963.

17.- Haüpl Karl.

"Ortopedia funcional de Los
maxilares"

Editorial Landa, Buenos Aires, Argentina, 1960.

18.- F.R. Mc. Kay Apley.

"El niño y sus síntomas"

Editorial Salvat Editores, Barcelona España, 1970.

19.- León Michaux.

"Psiquiatría Infantil"

Editorial Miracle, Barcelona España, 1965.

20.- Thomas Barber K.

"Odontología Pedidnica"

Editorial El Manual Moderno, México. 1985.

21.- Illingworth Ronald S.

" Los Problemas de Los prime
ros años de vida y su tratamiento"

Editorial El Manual Moderno, México, 1982.

22.- Mc. Millan Julia A.

" Manual práctico de Pediatría"

Editorial Interamericana, 1982.

23.- Howland Mc. Intosh Holf. E.

" El niño normal"

Editorial Hispanoamericana, México, 1947.

24.- Wiscott. Keller T.

"Tratado de Enfermedades de La
Infancia"

Salvat Editores, 1983.

25.- Bijou Sidney

"Psicología del Desarrollo In-
fantil" siglo XXI Editores, 1984.