



61
21

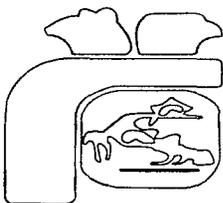
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**FRECUENCIA DE HABITOS ORALES EN
PACIENTES PEDIATRICOS**

T E S I S
Que para obtener el titulo de
C I R U J A N O D E N T I S T A
p r e s e n t a

MONICA PATRICIA CHIRINO FIGUEROA



Dirigió y Supervisó: Dra. Griselda Ayala

México, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| índice | 2 |
| Resumen | 4 |
| Introducción | 5 |
| Antecedentes históricos | 6 |
| Hábitos orales | 8 |
| Métodos psicológicos utilizados para educar al niño | 9 |
| Métodos de adiestramiento extrabucales | 11 |
| Uso de instrumentos Intrabucales para eliminar hábitos nocivos | 12 |
| Planteamientos del problema | 14 |
| Justificación del estudio | 14 |
| Hipótesis | 15 |
| Objetivos Generales | 16 |
| Objetivos específicos | 16 |
| Selección de los sujetos de estudio | 16 |
| Tipo y tamaño de la muestra - datos de la población | 17 |
| Succión de dedo | 18 |
| Protusión de lengua | 24 |
| Respirador oral | 26 |
| Interposición lingual | 29 |
| Corrección de la respiración bucal | 31 |

| | |
|---|-----------|
| Hábitos bucales y su manejo | 34 |
| Antecedentes históricos sobre el síndrome de biberón | 36 |
| Caries por biberón | 38 |
| Caries por biberón | 41 |
| Selección de las variables | 44 |
| Materiales y métodos | 45 |
| Métodos de registro y procesamiento | 46 |
| Agrupación de datos - Historia clínica | 46 |
| Consideraciones metodológicas | 49 |
| Análisis de datos | 49 |
| Resultados | 50 |
| Discusión | 51 |
| Conclusiones | 52 |
| Bibliografía | 53 |
| • Agradecimientos | |
| • Anexos: a) anexo 1 | |
| b) anexo 2 | |
| c) anexo 3 | |

RESUMEN

La Formación de la dentición comienza luego de los cuatro o cinco meses de vida intrauterina. Los primeros dientes erupcionan por lo regular seis o siete meses después del nacimiento y todos los dientes primarios generalmente lo hacen alrededor de los dos y medio o tres años de edad

Un Objetivo importante en la Odontología Pediátrica es supervisar el desarrollo de la dentición y de ser posible prevenir o aliviar los efectos indeseables que pudieran provocar una anomalía en la dentición. La Identificación temprana de tales problemas amerita un estudio radiográfico completo.

Aunque puede ser de interés conocer la existencia de un trastorno durante la etapa de dentición primaria, tiene poca importancia practica a una edad tan precoz, en consecuencia, normalmente se prefiere esperar hasta la fase de dentición mixta temprana para obtener radiografías indispensables.

El Tratamiento de estas maloclusiones dependerá obviamente de la etiología. Un Patrón anormal de crecimiento en las áreas afectadas. Un problema producido por un factor ambiental podría tratarse, intentando primero eliminar las influencias anormales.

INTRODUCCION

Los Hábitos son considerados como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

Por estos problemas de los hábitos también se interesan el pediatra, el psiquiatra . el psicólogo y el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño. En general pueden decirse que el Odontólogo y Patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados.

El Pediatra , el Psiquiatra y el Psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de

conducta profundamente arraigados , de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma .

Los Padres parecen preocuparse mas por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal. La formación de la dentición comienza luego de los cuatro o cinco meses de vida intrauterina . Los primeros dientes erupcinan por lo regular seis o siete meses después del nacimiento y todos los dientes primarios generalmente lo hacen alrededor de los dos y medio o tres años de edad.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El lugar que ocupa hoy la Odontopediatría como parte importante de la Odontología moderna, se inicia aproximadamente desde 1956 o 1958 fecha en que se le empieza a dar importancia a su investigación y desarrollo.

Anteriormente a esta época, el interés por esta rama era casi nulo, pues se consideraba que el tratamiento para los dientes primarios era su extracción por medios, mecánicos o la espera de su exfoliación natural.

Raramente eran restaurados, y en la mayoría de los caos de modo inadecuado, más raro aún era que se les aplicarán métodos de prevención de caries o maloclusión. Sin embargo como resultado del interés y la importancia que fueron despertando los problemas de salud del niño, actualmente como en otras áreas de la profesión, la Odontopediatría ha llegado a ser una especialidad que se basa en el conocimiento pleno del niño. Lo anterior ha dado la pauta para que el Odontólogo no especializado, sintiéndose un poco relegado, rechace al niño como paciente, teniendo la idea que le es difícil el manejo del infante.

Para destacar esta filosofía se hace necesario recordar que un buen Odontólogo debe estar capacitado para tratar, tanto en niños como adultos, dos de los tres aspectos fundamentales de la Odontología, la prevención y el diagnóstico y remitir a un especialista el tercer punto que es el tratamiento. Por todo esto es necesario tener un concepto general y fundamental de Odontopediatría.

La Odontología Infantil se define como la ciencia que tiene a conservar los **dientes primarios**, aplicando las medidas preventivas para conservar al niño en un buen estado de salud dental y además estudiar su desarrollo físico y psicológico, desde la **gestión hasta los doce años**. Y tiene como principal propósito dar salud al niño para convertirlo en un adulto sano física y psicológicamente.

HÁBITOS ORALES COMPULSIVOS

- **Definición**

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Debe aclararse que estos hábitos bucales compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigado.

Realizar el hábito les sirve de escudo contra la sociedad que le rodea.

Aunque las etiologías de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma.

De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

MÉTODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan de los aspectos psicológicos de la salud . Aunque hoy en día los padres piden a menudo la intervención del Odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza . Algunos Ortodoncistas afirman , que antes de emprender cualquier intervención , habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia desarrollo osteogenico herencia genética y estado de salud general del niño

Es casi imposible considerar que la eliminación de un hábito , como succionar el pulgar , podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el Odontólogo y sus Padres únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito .

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz .

Esto se ilustra con el caso de un niña escolar de 10 años que se chupaba el pulgar y al mismo tiempo se tiraba el pelo en un lado de la cabeza . . Esto continuo hasta dejar casi sin pelo el lado afectado de la cabeza . Cuando se afeitó la cabeza de la niña , está perdió los deseos de chuparse el pulgar y así termino con el hábito

Sin embargo , existen otros métodos , menos drásticos igualmente eficaces. Un autor proponía que los niños , con conocimiento de los padres , le hablará por teléfono al consultorio. Después de conversar , sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan mayor que, naturalmente no podía ser el niño que antes se chupaba el pulgar , con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño

Naturalmente el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del Odontólogo en casa.

- ESTABLECER UNA META A CORTO PLAZO PARA ROMPER EL HÁBITO UNA O DOS SEMANAS.
- NO CRITICAR AL NIÑO SI EL HÁBITO CONTINUA.
- OFRECER UNA PEQUEÑA RECOMPENSA AL NIÑO SI ABANDONA EL HÁBITO.

Sin está cooperación , se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los Odontólogos y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño son , Recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable , rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada. Sin embargo todos estos métodos tienen algo en común Se basan en la aceptación del niño para romper el hábito Deberá advertirse a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro , aún más nocivo.

La actitud de los Padres durante este tipo de procedimientos es de innegable importancia. Si exigen del niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso. Sin embargo , 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 impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo, el Odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección de métodos o alternativas.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS

NOCIVOS

La mayoría de los instrumentos intrabucales , fabricados por el Odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de este, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Puede producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños , estos instrumentos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original , lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito , pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso . En estos casos el costo de la curación es demasiado elevado.

Las siguientes son cinco preguntas que deberá hacerse el Odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos.

- Comprensión del niño
- Cooperación Paterna
- Relación Amistosa
- Definición de la Meta
- Madurez.

El Odontólogo inteligente que se formule estas preguntas y se asegure de que una por una las respuestas son afirmativas

Generalmente puede sentirse seguro al aplicar un instrumento de formación de nuevos hábitos

La Mayoría de las personas que informan de éxitos logrados con este tipo de instrumentos concuerdan en que la falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento casi siempre condena a este fracaso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se realizó una Historia Clínica en la cual se recopilaron los datos personales así como su examen dental de los niños de los 3 a los 10 años de edad para poder evaluar estadísticamente en donde se presenta mayor índice de Hábitos Orales SUCCIÓN DE DEDO PROTRUSIÓN DE LENGUA SÍNDROME DE BIBERÓN , UNICOFAGIA.

Así mismo inculcar a los padres y niños mediante platicas, el manejo adecuado de la higiene oral en el hogar , así como la detección de los hábitos orales a temprana edad.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Se ha descrito el problema de los hábitos, como más que un problema oral, en su mayoría resulta ser un problema psicológico.

Durante la revisión , la mayoría de los niños pequeños , presentan problemas de caries dental y los padres no hacen nada por evitarlo, Es por eso que se debe reforzar las actividades asesoras en pre y postnatal .

Es por ello que se debe de poner mucho énfasis en que el Odontólogo vea al niño tan pronto como erupcionen sus primeros dientes.

HIPOTESIS

Con esta Investigación se pretende comprobar que los niños de los 3 a 10 años presentan algún tipo de hábito SÍNDROME DE BIBERÓN, UNICOFAGIA, SUCCIÓN DE DEDO así como RESPIRADOR ORAL

Así mismo se pretende establecer la importancia de la educación dental desde pequeños pues si no se inculca a temprana edad pueden existir serios problemas .

Debemos tratar de convencer a los Padres de Familia de que no regañen al niño acerca de su hábito ya que , un disgusto o castigo por parte de los Padres puede de hecho reforzar el hábito mas que refrendarlo.

OBJETIVOS GENERALES

- DETECTAR LOS HÁBITOS ORALES
- DETECCIÓN DE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- PROVEER AL PACIENTE UN ASPECTO AGRADABLE ASI COMO SU ESTADO EMOCIONAL.
- EVITAR QUE EL HÁBITO PROGRESE A SER CRÓNICO.

SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Se hizo un estudio comparativo entre niños de 3 a los 10 años para ver a que edad son mas frecuentes estos hábitos.

- SINDROME DE BIBERON
- SUCCION DE DEDO
- PROTRUSION DE LENGUA
- UNICOFAGIA

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA - DATOS DE LA POBLACIÓN

La Investigación fue realizada en el Jardín de Niños turno matutino, ubicada en Río Mayo, Col. Paseos de Churubusco, Deleg. Iztapalapa utilizando una muestra de 100 niños que presentan problemas de hábitos para lo cual se escogieron entre los 3 y 10 años de edad.

También se realizó en la Primaria Carlos Sandoval Sevilla Turno Matutino ubicada en Río Mayo, Col. Paseos de Churubusco, Deleg. Iztapalapa

A CONTINUACIÓN HABLAREMOS ALGO ACERCA DE LOS HÁBITOS ANTES MENCIONADOS.

SUCCIÓN DE DEDO

Se desconoce la causa de la Succión Digital y no faltan estudios que demuestran que las explicaciones propuestas y aceptadas en un pasado ya no son válidas. No hay una correlación válida entre el tiempo de amamantamiento y la necesidad de succión o de la mamadera frente a la alimentación de pecho.

Hay dos razones principales para que los padres se sientan muy involucrados emocionalmente con respecto a la succión digital de sus hijos: 1 . Es socialmente inaceptable y 2 . Los Padres creen que el Hábito causará un mal alineamiento antiestético a los dientes

Los Padres han de saber que la mayoría de los chicos dejan la succión digital a los 4 o 5 años de edad, bastante antes de la erupción de los incisivos permanentes superiores .

Si el Hábito se interrumpe en este momento no ejerce efecto alguno sobre el alineamiento o la erupción de los dientes permanentes.

Los Padres deberán saber asimismo que la succión digital no genera verdaderas maloclusiones de clase II.

TRATAMIENTO

Una simple placa palatina , pasiva y no funcional , servirá como recordatorio conducente al abandono del hábito . Parecería que cualquier dispositivo que sirva para llevar el hábito de la subconsciencia a la consciencia permitirá al niño quebrar el hábito.

El hecho de que el tema interese a distintas disciplinas que se ocupan del bienestar del niño, hace que el problema de los hábitos de succión digital siga siendo motivo de controversias

El asunto nos importa

- 1 Porque asumimos la responsabilidad de examinar , analizar y controlar la oclusión del niño y un hábito puede producir una maloclusión . Es importante entonces actuar precozmente.
- 2 Porque en nuestro enfoque integral de la Odontología Pediátrica aceptamos al niño como totalidad y no podemos, sin correr el riesgo de error serio, enfocar el problema del hábito a nivel dedo- dientes.
- 3 Porque el hábito preocupa fundamentalmente a los Padres y ellos suelen estar en el núcleo del conflicto que el hábito expresa , tampoco podemos enfocar el tratamiento a nivel deseo de los padre-aparatología .

Debemos considerar, la situación no aisladamente los elementos que la integran. Esto requiere naturalmente haber superado la antinomia entre acuerdo intelectual por un lado y objeción emocional por el otro.

Cualquier protrusión de los dientes anteriores superiores primarios asociada con succión del pulgar u otro dedo, no afectará la posición de los dientes permanentes , siempre que el hábito este antes de que erupcionen los incisivos permanentes y aun entonces el hábito puede no producir una deformación oclusal.

Con respecto al niño mayor que se chupa el dedo, aceptan que puedan existir presiones , tanto en el hogar como en la escuela, para que deje de hacerlo. Comprenden que en esos niveles de edad el hábito es indicador de tensión emocional que cumple un propósito y que si es impedido, el niño puede buscar otra actividad placentera mas dañina y que debe solicitarse el consejo medico informado.

El Chupeteo de los niños frustrados es un buen ejemplo de esta conducta regresiva (Se refiere a la regresión como una de las formas de alusión psicológica) . No hace nada para remover la frustración con la que se enfrenta al niño. Brinda una disminución de la tensión creada mediante la frustración, permitiendo al niño regresar a un estado en el que toda frustración , como así también toda gratificación era de naturaleza oral. El niño trata de conseguir autonomía del ambiente displacentero , posiblemente con concomitantes gratificaciones alucinatorias.

El bebe necesita chupar . Satisface con ello no sólo sus necesidades de alimentación . No se trata aqui de una experiencia puramente corporal sino de

algo mas profundo. De donde la importancia fundamental de la disposición afectiva de la madre para la lactancia.

En ese momento el niño almacena, introyecta, junto con el alimento, la imagen de lo que significa la imagen de lo que significa la relación con ella. (ALUCINACION DEL LACTANTE) .

Suponemos que no hay dificultades en cuanto a comprender que es un hábito Sin duda , toda actividad cuya repetición sea lo suficientemente frecuente como para que podamos considerarla en lenguaje corriente una COSTUMBRE. Los Hábitos son las cosas que no debería hacer o las que debiendo hacerlas , las hace de una manera que molesta a la gente.

No deberían de existir los calificativos como MALOS , VICIOSOS , PERNICIOSOS, DELETEREOS, INDESEABLES, ETC, Tan comunes en los títulos de trabajos o capítulos sobre el tema. Simplemente HÁBITOS BUCALES que por fortuna todos poseemos

Generalmente se presentan en la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de este.

La Succión Digital que puede deberse a insatisfacción en la alimentación . La Succión causa problemas como mordida abierta debido a la presión y este a su vez es problema precursor de otros . Puede que el niño no succione el dedo entonces se interrogara acerca de la edad a la que le fue retirado el biberón.

Los efectos de la Succión de un dedo sobre el crecimiento facial pueden ser importantes , El Hábito de succionar puede conducir a una maloclusión anterior de mordida abierta , el grado de deformación depende de la duración frecuencia e intensidad de un hábito.

Cuando un paciente tiene una maloclusión o mordida abierta en la dentición primaria o permanente, el dentista siempre deberá de sospechar un hábito oral. La mayoría de los pacientes admitirán que se chupan los dedos y si hay duda, por lo general el padre es capaz de proporcionar esta información . En alguna ocasión puede suceder que el paciente se niegue a admitir el hábito y que el padre no pueda ser capaz de proporcionar una respuesta.

El examen de las manos y dedos del paciente, proporcionaran esa información .

En presencia de nueve dedos o uñas sucias , un dedo o pulgar pueden estar perfectamente limpios y tener un callo.

Una vez que el Cirujano Dentista está enterado del hábito del paciente y se ha tomado una decisión para instituir el tratamiento, son necesarios cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito de succión de dedo.

En primer lugar, el dentista necesita la cooperación incondicional del niño. Solo si el niño comprende la necesidad de dejar el hábito y expresa su deseo de hacerlo el dentista deberá considerar el tratamiento.

El siguiente factor necesario para el tratamiento exitoso es la cooperación del padre. Una vez que el Cirujano Dentista ha decidido instituir un plan de terapéutica deberá explicar a los padres lo que intenta hacer y como pretende hacerlo.

PROTRUSIÓN DE LA LENGUA O EXTENSIÓN DE LA LENGUA

Se describe a la extensión de lengua como una de tres condiciones o la combinación de ellas: 1. Un gesto de movimientos hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución . 2. Dirigir la lengua hacia el frente entre o contra la dentición anterior con la mandíbula abierta durante el habla. 3. Un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se está en reposo.

La Posición anterior de la lengua durante la deglución es normal en los lactantes y por lo tanto muchos creen que la deglución con la lengua extendida en el niño es sencillamente una etapa normal del desarrollo . La transición de la forma infantil de deglutir a la del adulto, puede ocurrir hasta la pubertad.

Existen ciertas razones anatómicas para la posición anterior de la lengua en los niños pequeños . La lengua crece casi hasta el tamaño del adulto a la edad de 8 años. En cambio la mandíbula sólo tiene una dimensión de 50 % Del adulto para esa edad.

Esta combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña , requiere que el niño transporte a la lengua en posición alta y al frente para conservar abiertas las vías respiratorias.

Aunque hay una asociación entre la lengua traccionada y la mordida abierta anterior, no se ha demostrado que esta sea una relación de causa - efecto. La incidencia de la lengua traccionada es mucho mayor que la de mordida abierta .

En niños que presentan mordidas abiertas en incisivos superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.

Sin embargo no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores.

Al igual que con la succión del pulgar , el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores. Aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

Al formular un diagnostico de mordida abierta anterior , frecuentemente el Odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión.

El tratamiento de empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir . Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar , esto será difícil de lograr.

A un niño de mas edad, preocupado por su aspecto y ceceo , se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en esta posición.

RESPIRADOR ORAL

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca . Los niños que respiran por la boca puede clasificarse en tres categorías: 1. Por Obstrucción, 2. Por Hábito, 3. Por Anatomía

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa de flujo normal de aire a través del conducto nasal.

Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca . El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre , aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo

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

La Respiración y la Inspiración por la boca, es una forma de respiración que puede conducir a varios problemas orofaciales . Algunos pacientes respiran por la boca debido a una obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas.

La contribución de la obstrucción de las vías respiratorias al crecimiento y al desarrollo craneo-facial es una de las áreas más difíciles de valorar . Linder Aronson ha encontrado que los pacientes que respiran por la boca debido al

tejido linfoide hipertrófico, muestran tendencia hacia un patrón de crecimiento más vertical . El análisis de las radiografías cefalométricas revela una longitud facial mayor, un ángulo de plano mandibular aumentado y tendencias hacia mandíbula y maxilar retrognáticos.

Las encías hiperplásicas e inflamadas , acompañan con frecuencia a la respiración por la boca debido a la exposición continua del tejido al aire seco. De acuerdo con Linder Aronso los niños que se someten a adenoidectomía por una obstrucción de vías respiratorias tienden a cambiar sus respiración por la nariz después de la operación .

Asociada con el cambio en el modo de respirar , está una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y de complejo cráneo facial. Hay un incremento en la inclinación de los incisivos superiores e inferiores, en el ancho de la arcada maxilar y en la profundidad sagital de la nasofaringe ósea, además de una disminución en la altura facial inferior y la angulación de la arcada mandibular.

Los Pediatras se resisten a extirpar el tejido linfoide a menos que pueda proporcionarse una razón dominante . Un paciente que respira por la boca y demuestra una maloclusión , deberá se minuciosamente examinado por un Otorrinolaringologo por una posible obstrucción de vías respiratorias y si esta indicado deberá corregirse la obstrucción . Los dentistas deben estar conscientes

de los problemas orofaciales que pueden causar la respiración por la boca y asegurarse de que sus colegas médicos también estén informados .

Puesto que las secuelas posibles de algunos tratamientos de las obstrucciones de vías respiratorias son graves. La decisión no deberá hacerse a la ligera y recaer sobre el medico para su consideración final.

INTERPOSICION LINGUAL O DEGLUCION ATIPICA

La lengua del neonato está bastante restringida en sus movimientos que suelen ser hacia arriba y abajo . Después de 4 semanas se hacen visibles un movimiento de lengua hacia atrás.

Al principio este movimiento produce una proyección de la punta de la lengua hacia abajo hacia el frenillo , pero mas tarde la lengua se proyecta hacia el labio inferior . A las 12 semanas, a la presentación del pezón , la lengua aplanada puede estar en el borde del labio o mas allá.

Gradualmente , la lengua inhibe esta proyección lingual, A la presentación de pezón o la cuchara , la lengua va hacia atrás y hasta puede hundirse a modo de anticipación. Los movimientos laterales de la lengua , relacionados con la masticación se tornan más definidos .Los carrillos parecen hundirse y cooperar con ,los movimientos laterales de la lengua.

En general se acepta la proyección de la lengua como secuela de la succión digital y que como tal mantiene la sobremordida abierta o incompleta , un hábito compensatorio en especial en pacientes con labios que no ocluyen . La

proyección lingual y las contracciones con fuerza de los labios pueden asegurar un sellado que ayude en la deglución

La proyección lingual se produce solo al deglutir y la duración de la proyección o fuerza es de 1, 2 segundos. Se produce la deglución unas 1000 veces por día. Así el tiempo total en que los dientes están sometidos a las fuerzas de interposición lingual es de unos 20 minutos.

TRATAMIENTO

El tratamiento consistirá en la corrección de la maloclusión que sería mejor llevarla a cabo tras la erupción de todos los dientes permanentes. La lengua se adapta rápidamente al nuevo medio y en la mayoría de los casos. No existe la necesidad de una terapéutica miofuncional.

CORRECCIÓN DE LA RESPIRACIÓN BUCAL

Este es un hábito que no se presta a dispositivos constantes para su corrección , sino que debe depender , en mucho de la cooperación del niño . Aun después que los conductos nasales hayan sido librados de toda obstrucción , el hábito de la respiración bucal debe todavía de quebrarse , si esta bien establecido . Naturalmente la manera mas eficaz de restablecer la respiración nasal , es impedir que el aire entre len la cavidad bucal, para conseguir esto, debe cerrarse los labios o cavidad bucal . Una tira de celuloide o un disco de metal sostenido entre los labios , no solo necesitan que estos estén cerrados, sino que hacen al niño consciente de su apertura si el objeto cae.

Un dispositivo eficaz durante las horas de sueño es una delgada membrana de caucho cortada especialmente o colada para adaptarse sobre las superficies labiales y bucales de los dientes y encías incluidas en el vestibulo bucal.

Robertson 1936 Declara que este diafragma de caucho ha probado ser valioso como antirespirador bucal y también como factor en la eliminación de hábitos, tales como forzar la lengua, morderse el labio y la succión del pulgar u otros dedos

La prevención del hábito , no empleado necesariamente ningún dispositivo mecánico y mas de acuerdo con algunos de los métodos empleados por Whitman 1951 - 1953 que se recomienda estudiar

Aunque respirar realmente por la boca y no por la nariz es raro excepto en periodos de catarro nasal , se denomina a muchos niños respiradores por la boca porque, durante largos periodos mantienen sus labios separados y solo cierran la boca para tragar. A algunos niños les es posible cerrar los labios, debido a la protrusión de sus piezas superiores . En otros no existe obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios, pero esto puede ser resultado de costumbre , postura, tejido inadecuado o mal tono muscular .

A veces los niños mantienen su boca abierta al observar algo atentamente, pero pocos respiran realmente por la boca . Sin embargo la encía se seca al entrar en contacto con el aire y el proceso constante de humedecer y secar representa irritación para los tejidos gingivales

La Saliva que rodea a la encía se vuelve viscosa, se acumulan desechos

en la encía así como en la superficies de las piezas y la población bacteriana aumenta enormemente . En las personas que realmente respiran por la boca , adicionalmente se les seca por el aire la lengua y el paladar , mientras que los niños que solo mantienen sus labios separados, el paladar permanece normalmente humedecido y no se presenta gingivitis en los aspectos lingual y palatino de las piezas, sino que se localiza en el aspecto bucal de las piezas expuestas.

El tratamiento aconsejado para los que realmente respiran por la boca es eliminar la causa de obstrucción nasal pero los que solo aparentan respirar por la boca, quienes también a menudo duermen con la boca abierta , pueden ser tratados por medio de un filtro bucal aplicado por las noches .

Estos son aparatos extremadamente cómodos y eficaces y no solo, son bien tolerados sino que substituyen a la comodidad psicológica obtenida al chupar sábanas, pulgares o juguetes.

Este Hábito puede deberse a una mala costumbre o a que el tabique nasal está desviado .

Origina resequedad en los tejidos blandos.

HÁBITOS BUCALES Y SU MANEJO

La Denominación de **HÁBITOS BUCALES** conjura una imagen mental diferente en distintas personas, según su enfoque específico de la cuestión . El lego tiene la imagen visual de la succión del pulgar u otro dedo, el foniatra ve el cuadro de una interposición lingual una succión digital o una deglución atípica el odontólogo ve todo esto y mucho mas según su experiencia con los niños .

RESPIRACIÓN BUCAL

La Expresión **RESPIRACIÓN BUCAL** no es en realidad muy exacta en la mayoría de los casos sería preferible **RESPIRACIÓN BUCONASAL** pues la respiración bucal en si es rara.

En una época se clasificaba a los niños como respiradores bucales si mantenían los labios separados y los dientes en una postura apenas separada . Tampoco era raro que se culpaba a amígdalas y adenoides y que se aconsejara su extirpación .

No se ha demostrado que la respiración bucal cause maloclusiones no obstante , son frecuentes las maloclusiones en los respiradores bucales, por lo tanto algunos pueden intentar una explicación de las maloclusiones producidas por la respiración bucal.

Los pacientes con respiración bucal con frecuencia presentaban problemas de tejido gingival irritado e inflamado en la arcada anteroposterior

La corrección de la respiración bucal suele llegar con la madurez y claro esta, con la remoción de cualquier obstrucción presente.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS SOBRE EL SÍNDROME DE BIBERÓN

Remontándonos a épocas pasadas en las cuales la alimentación infantil constituía un factor importante y decisivo en el desarrollo y evolución de este, la palabra nutrición paso a ser considerada palabra propia de especialistas, y la naturaleza paso a ser modelo de estudio, nos encontramos con dos serios problemas, el problema de la ciencia y tecnología y el problema de la naturaleza, así como la opinión crítica de los abuelos y la liberación y modernismo de las jóvenes madres , han obligado a tratar un problema de interés mundial como lo es la alimentación natural o materna y la artificial.

Considerada la boca del infante como el primer contacto directo con aquella que le brindara calor , seguridad, dulzura y será fundamento decisivo de su futuro equilibrio personal y principalmente que va a proporcionarte satisfacción de una necesidad como lo es el hambre.

Siendo la leche materna aquella que va a saciar su necesidad y en la que va a encontrar sus nutrientes indispensables al punto que no exageran en afirmar que el desarrollo y crecimiento del niño guarda relación directa con la cantidad y calidad de la leche que ingiere.

En general puede describirse tres factores como condicionantes de una buena lactancia, el deseo real y sincero de dar el pecho.

La existencia de mayor equilibrio emocional de la madre y el ambiente familiar y por ultimo la eficiente acción del Pediatra que aclare a la madre y estimule en este aspecto

Además teniendo en cuenta que la leche posee un contenido alto en hidratos de carbono , la madre no se conforma solo con esto sino que tiene que endulzar el contenido del biberón artificialmente , lo que proporciona una deglución y salivación demasiado lenta, posibilitando que el contenido entre en contacto con los dientes y con ayuda de microorganismos acidogénicos por períodos prolongados y tomando en cuenta que la fisiología bucal está a su mismo nivel son condiciones ideales para el desarrollo de la caries dental.

Se dice también que el uso prolongado del biberón durante la infancia da como resultado caries dental extensa y dientes con absceso . Y esto sucede como resultados de la costumbre materna de dar el biberón al niño cuando esta a punto de dormirse o cuando esta dormido.

Este uso peligroso del biberón en los niños es grave y esta muy extendido muchos Padres y Profesionales de la Salud no están consientes al daño severo y la infección que causa el contacto continuo con la leche como ya dijimos o jugos sobre los dientes recién erupcionados deterioran las superficies susceptibles del esmalte destruyendo los dientes.

CARIES POR BIBERÓN

El Síndrome de biberón es aquella entidad compuesta por signos y síntomas reflejados a nivel sistemáticos, psicológico y bucal en el infante, debido a una equivocada forma de alimentación y a un prolongado destete.

SINONIMIA

1. SINDROME DE MAMILA
2. CARIES POR BIBERÓN
3. CARIES POR MAMADERA

FACTORES PREDISPONENTES DEL SÍNDROME

- A) ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN
- B) HABERLO PROLONGADO DESPUÉS DEL AÑO DE EDAD
- C) TIPO DE LECHE (Debe contener diferentes carbohidratos no lactosas)
- D) ENDULZANTES COMO AZUCAR - MIEL
- E) EL QUE SE QUEDE DORMIDO SUCCIONANDO EL BIBERON
- F) CONSUMA BEBIDAS REFRESCANTES
- G) HIGIENE DEFICIENTE

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En los últimos años se ha reconocido que una alimentación prolongada con biberón mas allá de la época del destete e incorporación de alimentos sólidos pueden generar caries.

La primera etapa de la caries se observa como pequeñas manchas blancas conocidas como caries incipientes, si se elimina la causa y se tiene una adecuada higiene el esmalte puede remineralizarse parcialmente y no se producirá una autentica lesión cariosa

Son atacados principalmente los cuatro incisivos primarios superiores, los primeros molares temporales, tanto superiores como inferiores y los caninos inferiores .

Generalmente las lesiones van de severas en los incisivos superiores a moderadas en los caninos inferiores y su gravedad tiende a aumentar con la edad.

La caries en los incisivos superiores se presenta comúnmente como lesiones profundas en sus caras labiales y palatinas. Cuando las superficies proximales también son invadidas el proceso es circular y rodea el diente .

Los primeros molares suelen presentar lesiones oclusales profundas, destrucción menos acentuadas en las caras vestibulares y menos aun en las palatinas.

Los caninos primarios cuando se ven afectados presentan involucradas las caras labiales linguales o palatinas

Los incisivos inferiores generalmente se ven excentos de caries debido a la posición horizontal del niño al alimentarse y la lengua en combinación con los carrillos, forzando el contenido del biberón hacia atrás.

También por la naturaleza del hábito de succión , el labio inferior protege a los incisivos del maxilar inferior, los caninos temporales y los segundos molares rara vez se ven afectados por la secuencia de la erupción unida al cese del hábito de alimentación.

La disminución de la secreción salival durante el sueño agrava la situación reduciendo los efectos de dilución y neutralización de la saliva, si no se tratan las lesiones , la destrucción de un diente continua de manera que eventualmente, los incisivos temporales del maxilar superior pueden quedar al mismo nivel de la encía, pudiendo llevar a un diagnostico incorrecto de una anomalia del desarrollo de la dentición temporal.

CARIES POR BIBERÓN

Otro tipo grave de caries dental es el llamado **CARIES POR BIBERÓN**. Este es un estado que se encuentra en los niños muy pequeños que han desarrollado el hábito de requerir una mamadera con leche o líquidos azucarados cuando se acuestan a dormir.

El estado que se asemeja a la caries rampante ataca particularmente a los cuatro incisivos primarios superiores, los primeros molares primarios superiores e inferiores y los caninos primarios inferiores. Estos dientes típicamente desarrollan lesiones que van desde graves en los dientes anterosuperiores a leves en los caninos inferiores. Contrariamente a lo que ocurre en la caries rampante, los incisivos inferiores primarios pueden no estar afectados o tener solo pequeñas caries.

Fass por ejemplo halla que todos los componentes de un grupo de niños que tenían este tipo de caries eran acostados, fuera a la noche o para la siesta, con una mamadera de la que chupaban para ayudarlos a quedarse dormidos.

Luego continúa Fass "Una madre cansada que se da cuenta de que un niño se duerme más fácilmente después de una alimentación es proclive a dar a su niño de 2, 3 o aun 4 años, una mamadera de leche cuando este se rebela contra la necesidad de irse a dormir". No se da cuenta, sin embargo que de esta manera se crea en la boca del niño las condiciones ideales para el desarrollo de la caries.

El niño se acuesta sosteniendo el biberón en su boca . La tetina se apoya contra el paladar mientras que la lengua, en combinación con los carrillos, fuerza el contenido hacia la cavidad bucal.

Durante el curso de esta acción la lengua se extiende casi hasta salir de la boca, en contacto con los labios, al mismo tiempo que cubre los incisivos centrales y laterales inferiores primarios. Al principio la fuerza o la succión de la tetina es grande aumenta la secreción y el flujo salival y se mantiene la deglución, pero a medida que el niño se adormece y finalmente se duerme. La velocidad de la deglución disminuye , también lo hace la secreción y el flujo salival y la leche en la boca forma una colección estancada que baña a los dientes . La lengua se mantiene en contacto con los labios, extendida y cubriendo los dientes anteroinferiores , impidiendo así que la leche se acumule alrededor de ellos . Aunque la leche tiene un contenido relativamente bajo de hidratos de carbono el ritmo de degluciones notablemente disminuido durante el sueño, mas el reducido el flujo salival, permite que los hidratos de carbono se mantengan en contacto con los dientes en presencia de microorganismos acidogénicos durante un periodo de tiempo notablemente aumentado.

En muchos casos la mamadera permanece en la boca del niño durante la mayor parte del tiempo que duerme y la leche sigue pasando en su boca . Durante este tiempo se forman ácidos continuamente con la consiguiente formación de lesiones

cariosas cuando el procedimiento se repite frecuentemente durante cierto tiempo.

Así la causa principal de este tipo de lesión es la presencia en la boca durante periodos de tiempo prolongados de un biberón que contiene leche u otro liquido con hidratos de carbono

El factor mas importante a considerar es el estancamiento en condiciones de fisiología bucal muy disminuida .

En estas circunstancias la leche en si parece ser capaz de producir la llamada caries de biberón . sin embargo el agregado de miel y otros hidratos de carbono fermentables a la leche con el objeto de promover su aceptación por parte del niño aumenta notablemente su potencial cariogénico.

La caries por biberón es incuestionable un estado "culturalmente" o artificialmente inducido dado que el biberón no se le da al niño con fines nutricionales sino para inducirlo a que se duerma cuando es conveniente para los padres.

En vista de los graves daños dentales producidos por el uso prolongado de la mamadera, esta practica debe ser desaconsejada sistemáticamente tanto por los Odontólogos como por los Pediatras. Es conveniente que los dentistas aconsejen a los Pediatras sobre los riesgos involucrados en el uso de biberones de manera, que puedan promover esta información a los Padres de Familia.

SELECCIÓN DE LAS VARIABLES

La muestra seleccionada consistió en 100 niños en edad de 3 a 10 años de edad de preescolar y primaria . Los niños fueron seleccionados al azar aprox. En numero igual de cada año y mayormente niños que niñas en el momento de la examinación dental en su escuela respectiva entre las 9.00 de la mañana y 12.00 del día .

La examinación fue hecha dentro de sus áreas respectivas.

La boca fue examinada con abatelenguas utilizando luz natural.

LOS SIGUIENTES DATOS FUERON REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA:

- **DATOS PERSONALES (NOMBRE , EDAD, SEXO , DOMICILIO, GRADO)**
- **ALIMENTACIÓN INFANTIL (PECHO, BIBERON POR CUANTO TIEMPO)**
- **TIPÓ DE HÁBITO:**
 1. A qué edad se inició el hábito
 2. Ha sido interrumpido
 3. Es diario vespertino o nocturno
 4. Utilización de algún método para eliminarlo.

MATERIALES Y MÉTODOS

La Población investigada consistió de niños que asisten al Jardín de Niños y a la Primaria ubicadas en la Col Paseos de Churubusco , Deleg Iztapalapa con una población de estrato socioeconómico de medio a alto predominando el medio .

Para este estudio participaron 100 niños la edad promedio fue de 3 a 10 años todos ellos fueron revisados oralmente en dichas instituciones , con un abateleguas y los datos quedaron registrados en la HISTORIA CLÍNICA.

PARA LA REVISIÓN SE UTILIZARON LOS SIGUIENTES MATERIALES

- HISTORIA CLÍNICA
- ABATELEGUAS
- LÁPIZ
- SEPARADOR DE CARRILLOS
- ROTAFOLIO

MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

Los Datos de cada Paciente en lo que se refiere a los Hábitos y Datos Personales quedaron registrados en la Historia Clínica que a continuación se muestra.

AGRUPACIÓN DE DATOS

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE----- EDAD----- SEXO-----

LUGAR DE NACIMIENTO Y DÍA ----- GRADO ESCOLAR-----

NOMBRE DE SU ESCUELA -----

NOMBRE DEL MÉDICO O PEDIATRA-----

ALIMENTACIÓN INFANTIL

A) PECHO----- CUÁNTO TIEMPO-----

B) BIBERON ----- CUÁNTO TIEMPO-----

HÁBITOS DE SUEÑO

A)SIESTAS REGULARIDAD DURACIÓN-----

B)DE NOCHE CANTIDAD DE HORAS -----

CONDICIONES DEL HOGAR

A)HERMANOS NUMERO Y EDADES-----

B)TEMPERAMENTO DE LA MADRE-----

C)TEMPERAMENTO DEL PADRE -----

SALUD GENERAL DEL NIÑO

A)ENFERMEDADES DE LA INFANCIA-----

B)ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ENFERMO--

C)TOMA ALGUN MEDICAMENTO-----

HÁBITOS

TIPO DE HABITO QUE PRESENTA -----

A QUE EDAD INICIO EL HÁBITO-----

HA SIDO INTERRUMPIDO-----

ES DIARIO VESPERTINO O NOCTURNO-----

FRECUENCIA E INTENSIDAD -----

MÉTODO UTILIZADO PARA LA ELIMINACIÓN-----

A CAUSA DEL HÁBITO EL NIÑO HA SIDO RETADO POR MIEMBROS DE LA
FAMILIA O POR EXTRAÑOS-----

ALGÚN OTRO FAMILIAR PRESENTA ALGUN HÁBITO SIMILAR-----

ACTITUD HACIA LA TERAPÉUTICA

A) QUIERE EL NIÑO LLEVAR EL TRATAMIENTO-----

B) QUIEREN LOS PADRES QUE SE LE REALICE ALGUN APARATO PARA
AYUDAR A ELIMINAR EL HÁBITO-----

C) CONOCE EL NIÑO EL TIPO DE HÁBITO QUE PRESENTA-----

COMENTARIOS ADICIONALES-----

OBSERVACIONES-----

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Primeramente debemos de familiarizarnos con los niños ya que algunos son muy pequeños y difíciles de tratar . Para eso se realizaron visitas a los planteles antes de empezar con la Investigación y así tener un trato directo con los alumnos, gracias a esto se logro ganar la confianza de la mayor parte de ellos

ANÁLISIS DE DATOS

Para el propósito del Análisis de Datos los niños se categorizaron según su edad y de acuerdo al Hábito que presentaron(UNICOFAGIA, PROTRUSIÓN DE LENGUA, CHUPADEDDO Y SÍNDROME DE BIBERÓN) o HÁBITOS COMBINADOS.

Para comprender mejor este estudio los resultados quedaron registrados en las gráficas y en los cuadros comparativos que a continuación se muestran.

RESULTADOS

El Estudio se realizo en 100 niños . Los resultados fueron analizados para descubrir a que edad se presentaron los hábitos anteriormente mencionados mas frecuentemente asi como que pacientes presentaron hábitos combinados es decir mas de un habito a la vez y ver el indice de los pacientes que no presentaron ningún tipo de habito.

CUADRO 1

| HABITOS | No. DE CASOS | PAC AFECTADOS | SEXO M-F | P TOTAL |
|--------------------|--------------|---------------|-------------|---------|
| UNICOFAGIA | 100 | 58 | 30 28 | 58% |
| SÍNDROME BIBERÓN | 100 | 33 | 20 13 | 33% |
| CHUPADED0 | 100 | 53 | 40 13 | 53% |
| PROTRUSIÓN LENGUA | 100 | 33 | 25 8 | 33% |
| HABITOS COMBINADOS | 100 | 23 | 10 13 | 23% |

CUADRO 2 COMPARACIÓN EN EDADES

| EDADES | UNICOFAGIA | SINDROME DE BIBERÓN | CHUPADED0 | PROTRUSIÓN DE LENGUA | P TOTAL |
|-------------|------------|------------------------|-----------|-------------------------|---------|
| 3 AÑOS | 2 | 15 | 22 | 2 | 50% |
| 4 AÑOS | 7 | 10 | 15 | 3 | 49% |
| 5 AÑOS | 10 | 6 | 8 | 8 | 36% |
| 6 AÑOS | 8 | 2 | 5 | 5 | 20% |
| 7 Y 8 AÑOS | 16 | 0 | 3 | 9 | 29% |
| 9 Y 10 AÑOS | 15 | 0 | 0 | 3 | 18% |

DISCUSIÓN

El Propósito principal de este estudio fue determinar la frecuencia con que se presentan los hábitos orales en pacientes pediátricos , pero también encontramos otros hallazgos importantes.

El Sexo no fue muy importante en este estudio . Muy pocas veces se ha aplicado abordajes conductuales en estudio de comportamiento para cuidados en el hogar en niños de edad escolar deben establecerse la importancia del cuidado en el hogar , demostrar la técnica adecuada y describir el programa conductual a los padres .

CONCLUSIONES

La Investigación se realizó en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, y un Jardín de Niños así como en Primarias en los 1eros y 2 dos grados .

En donde se pudo observar con que frecuencia se presentan los hábitos en los niños. Sobre todo se pudo apreciar que se presentan con mayor rango en los niños de 3 años de edad y los hábitos mas comunes en esa edad y durante mi investigación fueron los siguientes

CHUPADEDADO

SÍNDROME DE BIBERÓN

También se observo que conforme el niño va creciendo esos hábitos van desapareciendo, ya que pasa a otra etapa que es la de escolar en donde el niño ya razona un poco mas y muchas veces, porque los demás compañeritos de la escuela comienzan a burlarse de ellos, pero aún así se pudo observar que se presentan dos hábitos muy comunes:

UNICOFAGIA

RESPIRADOR ORAL.

Existen niños que presentan más de un hábito es decir presentan Hábitos Combinados y estos se presentan a cualquier edad de los 3 a los 10 años de edad.

BIBLIOGRAFÍA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Thomas K. Barber.

Larry S. Luke Edit Manual Moderno pp 244-275.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Sindy B Finn

Edit Interamericana pp 326-338

ODONTOLOGIA PEDIATRICA Braham- Morris .

Edit. Medica Panamericana pp 420-424

MANUAL DE ODONTOPEDIATRIA. R J Analaw

W.Prock Edit Interamericana pp 123-166

ORTODONCIA CLINICA Jose Antonio Canut Brusola.

Edit Salvat pp221-224

REVISTAS.

JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN.

Schwartz, Rosivack, Michelotti.

Sleeping habit and nursing caries.

January- February 1993 pp 22-25

THE JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC DENTISTRY

Zauras , White Rich Jackson.

Acoustic Rhinometry in the evaluation of children white nasal or oral respiration

November 3 1994 volumen 18 pp 203-210

THE JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC DENTISTRY.

Oulis, Vadiakas , Ekonomides Dratsa.

The effect of hipertrophic adenoids and tonsils on the development of posterior crossbite and oral habits.

Volumen 18 bumber 3 1994 pp 197-201.

A STUDY OF THE ETIOLOGICAL FACTOR ASSOCIATEDWHITE THE DEVELOPMET OF MALOCCLUSION.

THE JOUNAL OF CLINICAL PEDIATRIC DENTRISTRY.

Kharbauda, Siahu, Shukla, Sundaram

A Study of Etiological Factors Associat

With the Development of Malocclusion

Volumen 18 number 2-1994 pp 95-98.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS

**POR DARME LA GRAN DICHA QUE PERMITE AL SER HUMANO EL
GOCE DE ESTE MUNDO.**

"LA VIDA"

A MI MADRE

QUE ME APOYO EN TODO MOMENTO , HASTA HOY
QUE LLEGUE A LA CULMINACION DE UNA META.

TODO LO QUE SOY SE LO DEBO
AL ANGEL DE MI "MADRE".

A MI PADRE

POR SER EL EJEMPLO Y EL PILAR HA SEGUIR DE UNA FAMILIA, YA QUE
SIGUIENDO LOS 3 PRINCIPIOS MAS IMPORTANTES SE LOGRA EL ÉXITO
QUE SON : INTELIGENCIA, ESFUERZO Y BUENA DISPOSICION.
YA QUE SIN ELLOS NO HUBIERA LLEGADO A SER LO QUE SOY AHORA.

GRACIAS

"PAPA".

A MIS HERMANOS

MARGARITA Y JOSE

**POR CONVIVIR LAS ETAPAS MAS BONITAS DE MI NIÑEZ
Y HABERME HECHO VER MIS ERRORES, ASI COMO
DISFRUTAR CONMIGO MIS TRIUNFOS.**

GRACIAS HERMANOS.

A MIS AMIGAS.

LARISSA , ANGELES

**POR HABERME BRINDADO LA PRESEA MAS
IMPORTANTE Y VALIOSA DEL MUNDO
"LA AMISTAD" Y POR ESCUCHARME EN CADA
TROPIEZO QUE SE ME PRESENTO.**

**UN AMIGO PUEDE COMPARARSE COMO
LA OBRA MAESTRA DE LA NATURALEZA.**

DRA. GRISELDA AYALA

**POR BRINDARME SU TIEMPO, COMPARTIR CONMIGO SUS
EXPERIENCIAS PROPIAS Y SUS CONOCIMIENTOS COMO
"CIRUJANA DENTISTA".
EN NUESTRA BRILLANTE PROFESION .**

MIL GRACIAS

**EL SER HUMANO APRENDE MIENTRAS
ENSEÑA**

SENECA.

A MI PAREJA.

JOSE LUIS

**POR HABER ESTADO CONMIGO EN LOS MOMENTOS QUE
MAS NECESITABA UNAS PALABRAS DE ALIENTO Y
COMPRESION Y SOBRE TODO POR LA GRAN AYUDA
QUE ME BRINDASTE.**

GRACIAS

**LA FELICIDAD NO ES COMPLETA HASTA QUE SE
COMPARTE.**

JANE PORTE.

A UN GRAN APOYO INCONDICIONAL:

DR JOSE ESPINOSA.

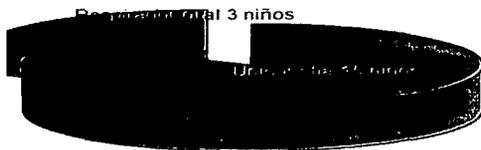
**POR HABERME PERMITIDO APRENDER UN POCO MAS DE LO
QUE ME ENSEÑO LA "UNIVERSIDAD" EN EL TRANSCURSO
DE MI CARRERA DURANTE EL TIEMPO QUE ME PERMITIO
ESTAR EN SU CONSULTORIO Y POR SU AMISTAD
INCONDICIONAL QUE SIEMPRE ME BRINDO.**

MIL GRACIAS

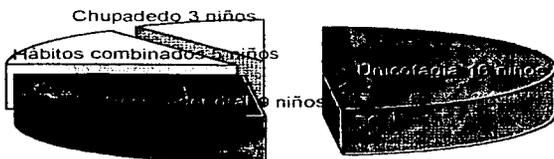
anexos

anexo 1

Frecuencia en niños de nueve y diez años



Frecuencia en niños de siete y ocho años de edad

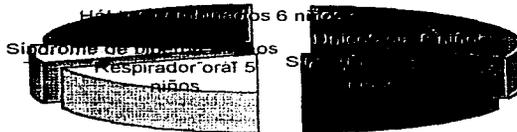


anexo 2

Frecuencia de hábitos en niños de 5 años

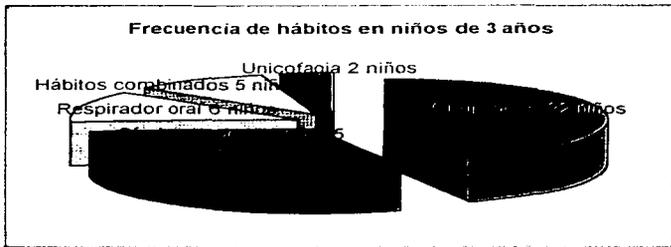


Frecuencia de hábitos en niños de seis años



anexo 3

Frecuencia de hábitos en niños de 3 años



Frecuencia de hábitos en niños de cuatro años

