



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU
RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS
BUCALES.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

CYNTHIA SÁNCHEZ LINARES.

TUTORA: ESP. ADRIANA GRACIELA PENICHE BECERRA.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta este momento de mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me ha enseñado a valorarlos cada día más y desarrollarme más como persona.

A mi madre Araceli Linares, por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, ha velado por mí durante todo este camino para convertirme en profesional. Ha sabido formarme con buenos sentimientos y valores para salir adelante como mujer.

A mi padre Javier Sánchez, quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. Sentó en mis las bases de responsabilidad y deseos de superación.

A mi pareja Diego Vega por brindarme confianza y creer en mí para poder formar un futuro juntos y salir adelante con amor y apoyo.

Para mis hermanos Javier y Diego que han estado conmigo en momentos de alegrías y tristezas, juntos hemos sabido disfrutar de nuestros padres y nuestra vida.

Gracias a mi familia que son las personas más importantes para mí. Los amo con toda mi vida.

A la Dra. Adriana Peniche por permitir ser mi tutora y apoyarme en toda la realización de este trabajo. Por su paciencia y confiar en mí.

A mis amigos presentes y pasados que quienes sin esperar algo a cambio compartieron conocimientos y alegrías en todo el trayecto escolar.

Has de poner los ojos en quien eres,
procurando conocerte a ti mismo,
que es el más difícil conocimiento
que puede imaginarse.”

Don Quijote de la Mancha.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



INDICE	PÁGINA
Dedicatoria	2
Introducción	6
Propósitos	8
Objetivo	9
Antecedentes	10
Capítulo I. Estrés.....	19
1.1 Definición	19
1.2 Estresores.....	19
Capítulo II. Hábito	26
2.1 Definición	26
2.2 Hábito psicológico	26
2.3 Hábito bucal.....	29
2.3.1 Tipos de hábitos	30
2.4 Prevalencia de los hábitos bucales	32
2.5 Etiología de los hábitos bucales.....	34
Capítulo III. Relación entre estrés y tipos de hábitos bucales	37
3.1 Manejo psicológico	37
3.2 Manifestaciones bucales de estrés	41

3.2.1. Deglución Atípica	43
3.2.1.1. Características	44
3.2.1.2 Etiología	47
3.2.1.3 Prevalencia	49
3.2.1.4 Manejo Ortopédico.....	49
3.2.2 Succión Digital	51
3.2.2.1 Características	52
3.2.2.2 Etiología	64
3.2.2.3 Prevalencia	56
3.2.2.4 Manejo Ortopédico.....	56
3.2.3 Respirador Bucal	58
3.2.3.1 Características	58
3.2.3.2 Etiología	61
3.2.3.3 Prevalencia	62
3.2.3.4 Manejo Ortopédico.....	63
3.2.4 Onicofagia	64
3.2.4.1 Características	64
3.2.4.2 Etiología	66
3.2.4.3 Prevalencia	67
3.2.4.4 Manejo Ortopédico.....	68
3.2.5 Bruxismo	69
3.2.5.1 Consecuencias	69
3.2.5.2 Etiología	70
3.2.5.3 Prevalencia	71
3.2.5.4 Manejo Ortopédico.....	72
5. Conclusiones	74
6. Fuentes de información	75
7. Fuentes de información de figuras	79

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

INTRODUCCIÓN

La salud oral es parte integral del bienestar general de cada persona, pues un individuo no puede considerarse sano si existe presencia activa de enfermedad bucal, por ello las afecciones orales constituyen un problema de salud con alta prevalencia, tienen un fuerte impacto sobre las personas y consecuentemente en la sociedad, considerándose como discapacidad social y funcional por el efecto negativo sobre la calidad de vida.

Los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla, por lo que es de principal importancia la identificación oportuna de ellos y servirán de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo.

La etiología de muchas de las maloclusiones se relaciona directamente con la adquisición de hábitos, por lo que el control de estos es muy común e importante en niños mayores de dos años para evitar una repercusión en el desarrollo anormal tanto en el orden biológico y psicológico, como en el social. Estas costumbres bucales no solo afectan la estética dentofacial o las funciones masticatorias, sino también el equilibrio psicológico, llevando al niño a un comportamiento social desequilibrado, manifestándose como personas tímidas, retraídas, apartadas y/o agresivas.

La falta de lactancia materna así como la alimentación con biberón no aprobado o certificado o bien su uso prolongado favorecen la aparición de los primeros hábitos orales como: succión digital, uso excesivo del chupete, respiración oral, bruxismo, onicofagia pues pueden manifestarse

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como por la falta de atención de los padres, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional, por ello se debe poner atención en el aspecto psicológico dentro del contexto en el que se esta desarrollando.

Es muy posible que el interés no sea sólo por los efectos que estas actividades pueden tener sobre los arcos dentarios y las deformaciones esqueléticas, sino tal vez porque el niño se observa con un hábito persistente y visible que pueda representar un signo intranquilizador de que algo no este marchando como es debido, con la posibilidad de que ocurra algo con la mente del niño o que algo no este bien en su entorno familiar o escolar.

La identificación de estos factores considerados como un riesgo a la salud es un paso obligatorio para la prevención primaria, ya que el reconocimiento de estos marcadores puede ser extremadamente útil para la detección precoz y tratamiento rápido.

Por lo general los hábitos bucales comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño y en ocasiones compleja para el especialista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquier hábito bucal.

Es importante la cooperación de los padres, del paciente y los especialistas como psicólogos y odontólogos pues son la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos. Con la realización de actividades educativas encaminadas a eliminar los hábitos perniciosos se lograrán cambios de conducta que ayudarán a reducir las maloclusiones dentarias y/o problemas psicológicos que conlleve al niño a realizar dichos hábitos.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

PROPÓSITOS

- ❖ Dar a conocer los motivos que ocasiona el estrés en niños de edad escolar manifestándose clínica y psicológicamente dando como resultado el desarrollo de hábitos bucales, afectando al niño tanto en su crecimiento físico y emocional.
- ❖ Involucrar al especialista (tanto al psicológico como el ortodoncista) para poder “intervenir” en la vida cotidiana del paciente, y así prevenir y/u orientar al niño para llevarlo un estado emocional de equilibrio.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

OBJETIVO

- ❖ Realizar una revisión bibliográfica para describir las características clínicas y psicológicas de hábitos orales desarrollados por estrés, tales como: succión digital, bruxismo, onicofagia y respiración bucal en niños con edades de 6 a 12 años; así como determinar la prevalencia de estos.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

ANTECEDENTES

Cuando se habla de edad escolar, se considera que son niños entre los 6 a 10/12 años de edad. Su pensamiento pasa de ser abstracto a ser concreto (ordenar y relacionar secuencias lógicas), más científico que mágico, más deductivo que inductivo. En esta etapa el niño amplía sus horizontes sociales y de interacción con el mundo a través de la escuela de donde por un lado captura modelos a imitar, como son los maestros y los compañeros, y por el otro pone a prueba su capacidad de adaptación al medio con los recursos que habían aprendido en la familia. En forma paulatina se inician procesos que lo llevan a regular su independencia, su compromiso y responsabilidad con el trabajo académico dentro de un marco social.^(1,2,3) (Figura 1.)



Figura 1. Niños de edad escolar.

Desde el siglo XVII el término estrés se utiliza en la literatura inglesa para designar aflicción o adversidad. A partir de allí, apareció por primera vez el uso de la palabra estrés para señalar al complejo fenómeno de tensión, angustia e incomodidad. Ya en el siglo XVIII se produce un cambio de

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

enfoque en la palabra que pasa a significar acción, presión, fuerza o influencia muy fuerte sobre la persona.⁽⁴⁾

En 1930 Hans Selye introdujo por primera vez el concepto de estrés en el ámbito de la salud, considerando este signo como uno de los términos más utilizados en la actualidad y fue hasta 1973 que Selye definió el estrés como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante; partió de un concepto físico haciendo referencia a una fuerza o peso que produce diferentes grados de tensión o deformación en distintos materiales con una respuesta del organismo a éste.

En 1989 Paterson y Neufeld comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado.⁽⁵⁾ (Figura 2)

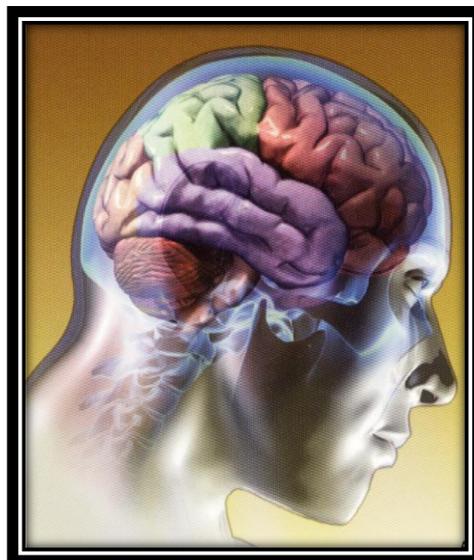


Figura 2. Respuesta del organismo por estímulo estresor.

En 1990 Grych y Fincham agregan que en la percepción del estrés también se debe tomar en cuenta las diferencias individuales, ya que lo

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

que puede ser estresante para una persona puede no serlo para otra. Grych considera que el estrés es uno de los factores importantes entre las demandas del ambiente y los recursos individuales.^(6,7)

En 1991 según Wachs y Plomin reconocen la importancia de tomar en cuenta diferentes mecanismos implicados en la interacción de la persona con el medio ambiente.^(6,8)

En 1996 Rutter explica que el estrés en los niños se manifiesta cuando un factor físico, emocional o químico ejerce una presión significativa en la habilidad individual para funcionar de manera adaptiva y clasifica los eventos estresantes en términos de efectos agudos o imprevisibles, efecto crónicos o previsibles y estresores neutros, constituidos por problemas o dificultades cotidianas que enfrentan los niños. (Figura 3.)

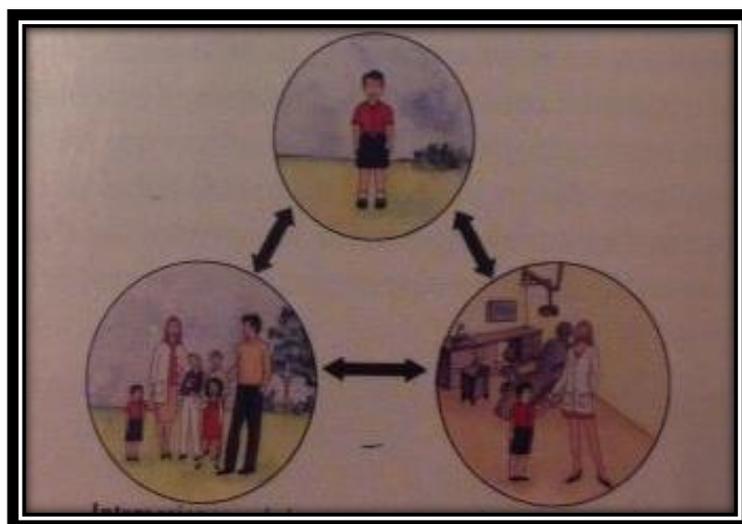


Figura 3. Interacción persona con medio ambiente.

En estos últimos, el evento no provoca un cambio significativo sino que sólo se percibe como desagradable y es la acumulación de situaciones incómodas que genera a largo plazo un estado estresante.^(6,9)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

En el año 2000 Aldwin agrega la percepción de la intensidad de los sucesos, la cual se genera cuando no coinciden las demandas del ambiente y los recursos individuales.

¿Qué es el afrontamiento?

Es cualquier actividad que la persona puede poner en marcha con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento de un individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

En 1982 Rothbaum y colaboradores clasifico el afrontamiento como:

- Afrontamiento de Control Directo
- Afrontamiento de Control Indirecto
- Afrontamiento de Abandono de Control

Afrontamiento de Control Directo.

Se clasifica así cuando el niño realiza intentos propositivos por cambiar las situaciones estresantes.

Ejemplo: Estudiar para sacar mejores calificaciones. (Figura 4.)

Afrontamiento de Control Indirecto.

Se toma cuando el niño hace intentos por encajar en el mundo y dejarse llevar por la corriente.

Ejemplo: Buscar la intervención de un adulto para solucionar un problema. (Figura 5)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Afrontamiento de Abandono de Control.

Es cuando el niño percibe una situación como incontrolable. Los comportamientos que pueden indicar una falta de control son aquellos que indican pasividad o evasión.^(5,6)

Ejemplo: esconderse, dormirse e irse a otro lugar. (Figura 6)



Figura 4. Ej. de afrontamiento de control directo Figura 5. Ej. de afrontamiento de indirecto



Figura 6. Ej. de abandono de control.

En 1983 Garmezy y Rutter mencionan que desde la infancia es cuando se desarrollan los patrones para afrontar los estresores, mediante los cuales el niño aprende diferentes formas para tener un control sobre su ambiente.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Otro factor esencial que se debe considerar de la interacción persona - medio son las respuestas de afrontamiento. Para evitar desequilibrios ante las demandas del ambiente, todas las personas desarrollan estrategias de afrontamiento que les permiten mantener un equilibrio ante las situaciones difíciles. De acuerdo con Aldwin, dichas estrategias son intentos por establecer una armonía entre el medio interno y el externo y se desarrollan desde edades muy tempranas.

En los modelos de estrés y resistencia, la autoestima se considera como una pieza fundamental para mitigar con el estrés. Como menciona Field si se tiene una autoestima alta, la persona puede tener un mayor control sobre su vida; en cambio, si posee una autoestima baja, la tendencia de la persona será un comportamiento de duda, defensa y miedo; y los que son resistentes al estrés poseen factores protectores como la autonomía, la autoestima y una orientación social positiva.^(3,10,11)

Una de las respuesta más comunes al estrés es el desarrollo de los hábitos bucales, considerando a las maloclusiones como un factor local provocado por estos. En 1900 Edward Angle propuso el término “clase” para denominar las diferentes relaciones mesiodistales de los dientes que dependían para él, tomando en cuenta la posición sagital de los primeros molares superiores permanentes a los que consideraba puntos fijos de referencia de la arquitectura craneofacial; siendo la primera clasificación ortodóntica y que actualmente se utiliza para el diagnóstico de estas. Clasificó la relación molar en:

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- a. **Clase I Neutroclusión.** La cúspide mesiodistal del primer molar superior se relaciona con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. (Figura 7)

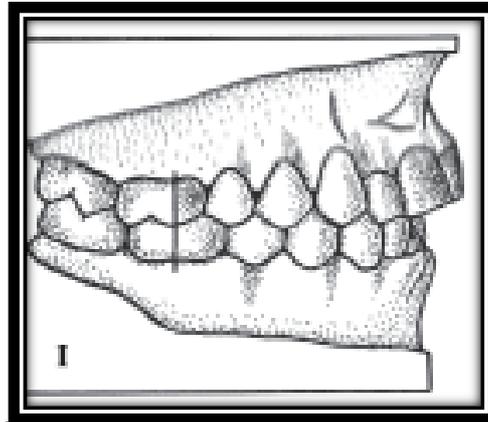


Figura 7. Clase I Neutroclusión.

- b. **Clase II Distoclusión.** Maloclusión caracterizada por una relación molar de los primeros molares superiores. El surco mesio vestibular del primer molar inferior se encuentra por distal de la cúspide mesio vestibular del primer molar superior.

Está misma tiene 2 divisiones:

- **Clase II División 1.** Es cuando hay una sobremordida horizontal aumentada (over jet). Puede presentar mordida profunda o abierta, mordida cruzada y/o incompetencia labial. (Figura 8)

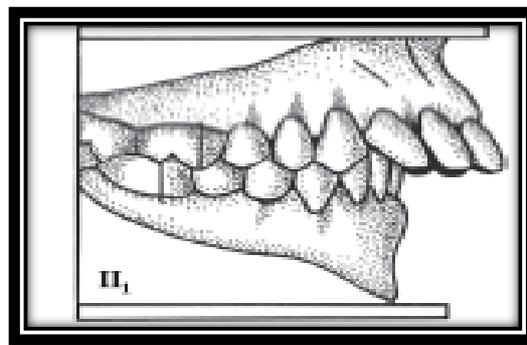


Figura 8. Clase II División 1.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- **Clase II División 2.** Se presenta cuando existe una sobremordida vertical aumentada (over bite). Presentando como características como: centrales palatinizados, laterales vestibularizados, mordida profunda anterior, labio inferior hipertónico. (Figura 9)

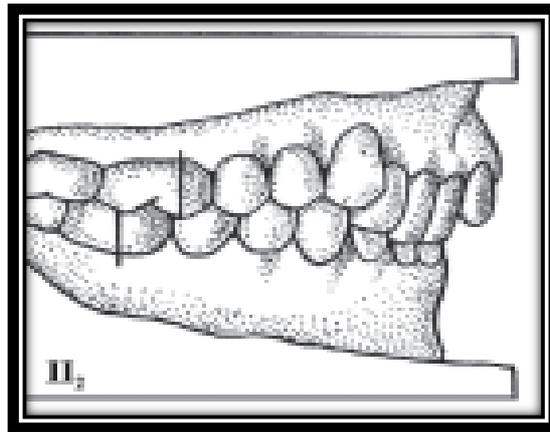


Figura 9. Clase II División 2.

- c. **Clase III Mesioclusión.** El surco mesio vestibular del primer molar inferior permanente está por mesial de la cúspide mesio vestibular del primer molar superior permanente. (Figura 10)

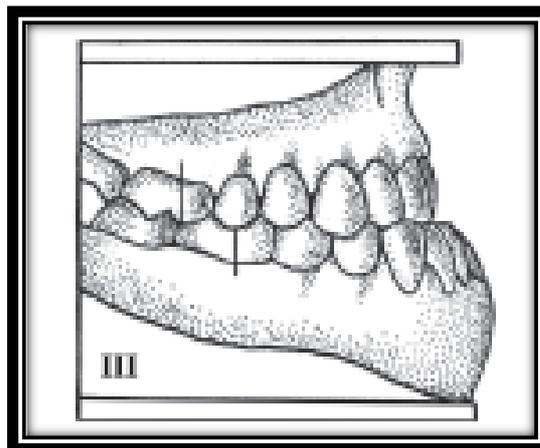


Figura 10. Clase III Mesioclusión.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

En 1915 Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tiene su origen dentro del sistema neuromuscular.^(10,12)

CAPÍTULO I

ESTRÉS

1.1. DEFINICIÓN

Se traduce como las alteraciones del comportamiento, sentimientos y sensaciones desagradables que en ocasiones adquiere la forma de problema médico o psicológico. Refiriéndose a las circunstancias o acontecimientos que provoca el malestar que se experimenta.^(3,13)

Es el mecanismo general con que el organismo se adapta a todos los cambios, influencias, exigencias y tensiones a que pueda estar expuesto.⁽⁶⁾

1.2 LOS ESTRESORES

De acuerdo a la teoría transaccional propuesta por Lazarus y Folkam en 1986, las personas se estresan cuando perciben que un estímulo ambiental amenaza su propio bienestar y las incapacita para hacerle frente de una manera adecuada. Los factores elicidores de estrés podrían ser iguales para todos, pero la forma de reaccionar ante ellos dependerá del grado de vulnerabilidad y del perfil psicológico de cada uno de ellos.^(2,14)

La concepción del estrés es basada en el estímulo ya que se debe a determinadas situaciones o acontecimientos estresantes. De esta perspectiva, se entiende como algo asociados a las circunstancias o acontecimientos externos al sujeto que son dañinos, amenazadores o

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

ambiguos, que en definitivo pueden alterar el funcionamiento del organismo y/o el bienestar e integridad psicológica de la persona. A dichas situaciones o estímulos ambientales se denomina estresores.

Los estresores son estímulos que sobrecargan al sujeto y producen una respuesta biológica y psicológica de estrés. De este modo, cualquier evento que sea considerado como dañino o amenazante para la salud y el bienestar, y además reduzca la facultad de sobrellevarlo apropiadamente, se podrá juzgar como estresor.

ESTRESORES INFANTILES

La infancia es un período que se caracteriza sobre todo por el permanente proceso de cambio. En este tiempo, han de hacer frente a los retos que suponen la superación de las transformaciones de una etapa a otra. Estos retos con lo que han de vérselas inevitablemente, pueden en determinados casos convertirse en acontecimientos estresantes y pérdida el tropiezo que ponga en peligro el proceso normal.

Los estresores de un niño pequeño estarán mayormente asociados al núcleo familiar y a las relaciones de apego, mientras que los estresores de un niño de edad escolar se situarán predominantemente en el contexto escolar y la interacción con los pares. Más adelante, los adolescentes percibirán como estresantes los cambios corporales y de interacción con padres, amigos y personas del sexo opuesto.

Del Barrio integra la opinión de diversos autores y ordena los estresores infantiles según el ciclo evolutivo.^(3,14,15) (Cuadro 1)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN
CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

PERIODO EVOLUTIVO	ESTRESORES RELACIONADOS CON:
0 a 6 años de edad.	Separación Pérdida Apego Abuso Abandono
7 a 12 años de edad.	Compañeros Escuela Socialización Hermanos Identidad
13 a 18 años de edad.	Cambio Transformación Interacción con otro sexo Disfunción familiar Competencia

Cuadro 1. Clasificación de los estresores según su período evolutivo.

Igualmente Del Barrio en 1997 muestra cuales son los acontecimientos estresantes que experimentan con frecuencia los niños, agrupados en tres grandes areas del funcionamiento infantil.

- **Familiar.**

Sobresalen el nacimiento de un hermano, los conflictos en la relación con los padres, el fallecimiento de los abuelos, amigos y/o cambios de domicilio. (Figura 11)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- Académico.

En el área escolar sobresalen el cambio de escuela, el cambio de ciclo, la repetición de grado, el cambio de profesor, el aumento de trabajo y los aplazos en tres o más asignaturas. (Figura 11)

- Social

Se destaca la pérdida de un amigo, el ingreso a un grupo, el comienzo de actividades deportivas, el inicio de relaciones con pares del sexo opuesto y la ruptura de un chico/a.^(3,15) (Figura 11)



Figura 11. Acontecimientos estresantes en niños de edad escolar.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

SINTOMAS DEL ESTRÉS EN NIÑOS

La experiencia del estrés es absolutamente personal e individual y de naturaleza marcadamente psicológica y emocional, puede transformarse en un problema cuando no se identifica a tiempo y cuando se prolonga en el tiempo o se acumula, aunque existan agentes que provocan estrés en algunos y no en otros. En un niño, esto tiene que ver con diversos elementos, como la edad evolutiva, el desarrollo de la estructura de personalidad, la naturaleza del elemento estresor, el apoyo que entreguen los padres para enfrentar la situación y la valoración que haga la sociedad de lo que vive el niño.

Puede ocasionar problemas emocionales, temores irracionales y ansiedad, especialmente con respecto al futuro, que pueden causar tensiones y luego empeorar la capacidad para afrontar los problemas y cambios en la conducta; como aumentar la cantidad de errores en la realización de las tareas, ser considerados los niños como torpes, que como consecuencia general en el niño provoca una incapacidad para socializar con sus iguales e inclusive con sus padres.

Es posible que los niños no se den cuenta de que están estresados, pero los padres pueden sospechar que un niño tiene estrés excesivo si éste ha tenido que experimentar una situación estresante y comienza a mostrar síntomas físicos y emocionales fácilmente identificables.^(8,16)
(cuadro 2)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN
CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS EMOCIONALES O DE CONDUCTA
<p>Dolor de cabeza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molestia estomacal o dolor estomacal • Problemas para dormir • Pesadillas • Mojar la cama, por primera vez o de manera recurrente • Disminución del apetito, cambios en los hábitos alimentarios • Otros síntomas físicos sin enfermedad física • Problemas dermatológicos 	<p>Ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones • Incapacidad de relajarse • Miedos nuevos o recurrentes (miedo a la oscuridad, a estar solo o a los extraños) • Aferrarse al adulto, incapaz de perderlo de vista • Puede o no hacer preguntas • Rabia o llanto • Gimoteo • Incapacidad para controlar sus emociones • Comportamiento agresivo • Comportamiento terco • Regresión a comportamientos típicos de etapas anteriores del desarrollo. • En algunos casos, podrían manifestarse hasta síntomas depresivos

Cuadro 2. Síntomas de estrés en niños.

ANSIEDAD EN NIÑOS CAUSADA POR ESTRÉS

Los trastornos de ansiedad suelen ser las más prevalentes en niños y adolescentes, en tanto que corresponde a un síntoma de estrés o a un indicador de trastorno psíquico, por esta razón constituye un motivo de consulta habitual en los niños pudiéndola referir en el marco de las depresiones, neurosis, psicosis, relaciones interpersonales, aprendizaje y otras situaciones. Es una inquietud del ánimo, lo que permite inferir que está relacionada con los afectos, con la sensación casi constante de peligro inminente, a veces hasta destructor, que invade la totalidad del ser, implicando la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro que ante una amenaza de estrés más o menos objetiva, que supone una forma de miedo ante algo o ante nada, en contraposición al miedo concreto ante un peligro o amenaza real.

La aparición de la ansiedad en los niños, lejos de constituir un rasgo patológico que indica una evolución en la que podemos observar la conciencia que el niño va adquiriendo acerca de su propia individualidad, de sus límites y de sus recursos. En ocasiones es difícil de detectar en el niño, ya que en un mismo momento se puede manifestar y ocultar por el comportamiento y la actitud no dándose cuenta del significado de las reacciones de su cuerpo, para ello es importante que el adulto debe de estar al tanto del niño, ante cualquier situación que considere estresante tanto para él como para el niño.^(3,13,15)

CAPÍTULO II

HÁBITO

2.1 DEFINICIÓN

Hábito: (Del latín. *habitus*). "Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas."⁽¹⁴⁾

También es definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente.⁽¹⁾

2.2. HÁBITO PSICOLÓGICO.

Generalmente son producidos por elementos psicológicos y sentimientos que superan al individuo. Resaltando sentimientos como la ansiedad, el miedo, la angustia, el nerviosismo, el estrés, la frustración, el aburrimiento, entre muchos otros. Estados obsesivos, compulsivos, agresividad o como forma de calmar momentos de nervios, ansiedad o angustia. Cualquiera de estos estados puede desencadenar inconscientemente y de una manera frenética un impulso.⁽¹⁷⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

La psicología considera que la persistencia del hábito puede deberse a una respuesta de afrontar el estrés, aunque es considerado que solo es una respuesta de adaptación y no un desequilibrio psicológico.⁽¹⁸⁾

Desde un enfoque familiar, los padres deben ser muy colaboradores con el tratamiento, persistencia de profesional brindando ganas y fuerza de voluntad. Siendo logros satisfactorios para dejar el hábito. El tratamiento se debe iniciar a partir de los cinco años y medio de edad, debido a que antes es un estabilizador de ansiedades y de su parte emocional.⁽¹⁹⁾

Causas Psicológicas: Generalmente son producidos por elementos psicológicos y sentimientos que superan al individuo. Es impulsado por razones psicológicas resaltando sentimientos como la ansiedad, el miedo, la angustia, el nerviosismo, el estrés, la frustración, el aburrimiento, entre otros que puede desencadenar inconscientemente y de una manera frenética un impulso de realizar el hábito .

El estrés que ocasionan las dificultades para resolver problemas cotidianos que sean sociales, laborales o escolares (exámenes, por ejemplo) son causas frecuentes que pueden provocar complejos que llevan a desarrollar hábitos. (figura 12.)



Figura 12. Niño con dificultad a resolver un problema.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Causas Psicosomáticas: Estos sentimientos surgen porque la persona está sometida a presión, estuvo expuesta a experiencias traumáticas o bien puede presentar algún complejo. En este sentido podemos determinar la estrecha relación que hay en como la conducta psicológica normal es modificada por causas psicosomáticas. Es decir, el hecho que el individuo enfrente en su vida situaciones tales como: tragedias familiares, la pérdida de un ser querido, dificultad en las relaciones interpersonales, violencia, humillaciones, entre otras, puede alterar significativamente tu conducta psicológica y a su vez esta modificación puede reflejarse en la aparición del hábito.^(3,17)(figura 13)



Figura 13. Niño con problemas de violencia.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

2.3. HÁBITOS BUCALES

Los hábitos orales son vías de desfogue emocional y de equilibrio de estado de ansiedad. Los hábitos parafuncionales son todos aquellos para los que se utiliza el sistema masticatorio para cualquier cosa que no sea masticar.

Se definen como la costumbre que se adquiere de un acto por su repetición frecuente. No son funcionales ni necesarios y hacen que actúen fuerzas no naturales sobre los dientes que pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales.⁽²⁰⁾

Los hábitos producen o agravan la maloclusion dependiendo de la capacidad del hueso para responder a los estímulos de presión. El grado de deformidad producido por los hábitos orales depende de tres factores importantes que son:

- Intensidad del hábito (fuerza).
- Frecuencia del hábito (qué tan a menudo).
- Duración del hábito (por cuánto tiempo).⁽²¹⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

2.3.1 TIPOS DE HÁBITOS BUCALES

Existen diversos tipos de hábitos bucales y pueden dividirse en (cuadro 3):

<u>Hábitos bucales no compulsivos</u>	Hábitos bucales compulsivos
Se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño. Al madurar este se denomina no compulsivo.	Cuando ha adquirido una fijación en el niño. Acude a la práctica de este hábito cuando siente inseguridad de amenaza. ⁽¹⁷⁾

Cuadro 3. Tipos de hábitos bucales.

En general, los factores que pueden contribuir a la severidad del hábito sea en la forma de succión digital o de objetos, se describe el orden de importancia decreciente:

a) Hábitos significativos vs hábitos no significativos:

Los hábitos que se mantienen a causa de algún trastorno psicológico (significativo) son más difíciles de erradicar que un hábito son esa base. Los trastornos psicológicos pueden ser de muy variada naturaleza, en la conducta adaptiva, en la esfera de lo personal social, en el campo de lo afectivo o de desarrollo emocional. De igual manera, con la prudencia debida puede obtener mucha información con una anamnesis cuidadosa, o con ayuda de otras fuentes como los pediatras y educadores de su paciente.

b) Cooperación del paciente para cesar el hábito:

El éxito es dudoso sin la cooperación del niño, quien puede derivar satisfacción de su práctica y no desear participar en el tratamiento.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Estos niños requieren en forma más activa de intervención y con otra estrategia de intervención.

c) Duración del hábito:

Mientras mayor sea el niño, más difícil es tratar el hábito. La disminución de prevalencia con la edad se debe al aumento de factores que promueven su interrupción: autoestima, posición social, otros intereses y actividades, etc. Si los hábitos persisten a pesar de todo esto, hay allí una fuerza que actúa en contra del éxito del tratamiento, ya que después de los 5 años el hábito se hace inconsciente.

d) Sexo del paciente:

En general se considera que los hábitos son más severos en niñas que en niños.

e) Hábito presente en diversas circunstancias y ambientes vs hábito practicado en una sola determinada circunstancia:

Un hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias en diferentes lugares (casa, escuela) y es localizado cuando se ejercen en determinado lugar y circunstancia (un poco antes de ponerse a dormir, por ejemplo).

f) Consciente vs inconsciente:

Un hábito durante el sueño, o inconsciente durante el día, es un comportamiento que puede bloquearse atenuando el componente sensorio (envolver el dedo en la tela adhesiva, por ejemplo). Un hábito consciente, por otra parte, compromete elección o necesidad, haciendo el tratamiento más difícil y complejo.

g) Cooperación de los padres y hermanos mayores:

La cooperación familiar disminuye las dificultades del tratamiento.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

h) Tratamiento previos:

Intentos fracasados previamente, especialmente aquellos de naturaleza negativa o asociada a castigo, influyen negativamente en nuevos intentos, que han de ser claramente replanteados y promovidos.

Las primeras consideraciones que el clínico debe observar son áquellas descritas en el examen del paciente, para determinar si todos los otros indicadores a su alcance, en relaciones esqueléticas, están dentro de rangos normales.^(3,11,22)

2.4 PREVALENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES

Según los estudios realizados por Reyes y Urrieta los hábitos bucales más deformantes presentes en un niño de edad escolar son deglución atípica con el 12%, succión digital en un 14%, onicofagia con 18%, bruxismo con 26% y respirador bucal con el 30%:^(20,23)(Tabla 1)

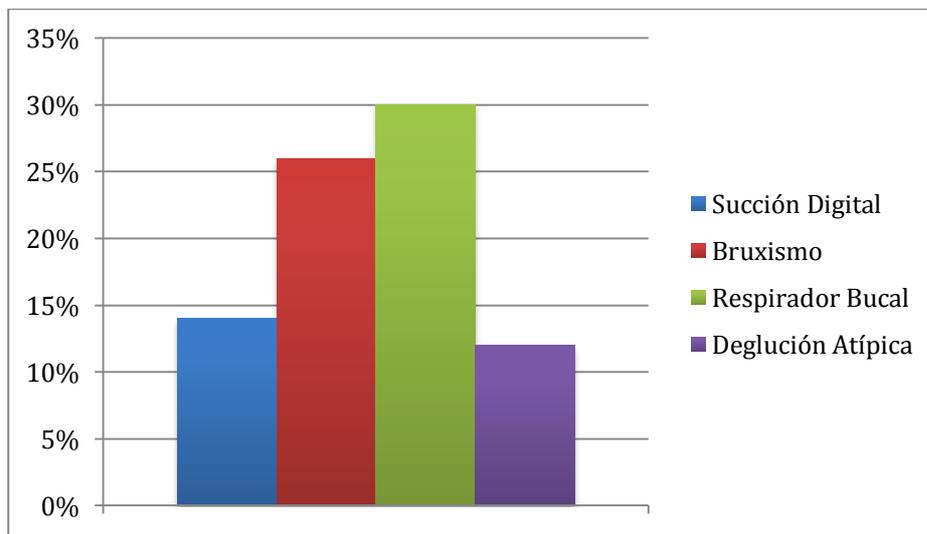


Tabla 1. Hábitos más frecuentes en niños de edad escolar.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

En la investigación realizada por Urrieta y cols. Utilizando un total de 51 niños de edades entre 5 a 10 años, el 60,78% corresponde al género femenino y el 39,21% al masculino, considerando que es mayor el número de niñas que presentan hábitos bucales en la edad escolar.⁽²³⁾

(Tabla 2)



Tabla 2. Hábitos bucales de acuerdo al género en niños de edad escolar.

De acuerdo a los estudios elaborados por Aguilar y de Urrieta mencionan que la prevalencia total de las maloclusiones causadas por hábitos bucales a cada grupo de edad corresponde a un 30% a niños de 6 años, 37% a la edad de 8 a 9 años y con un 33% a niños de 11 – 12 años.^(23,24)(Tabla 3).

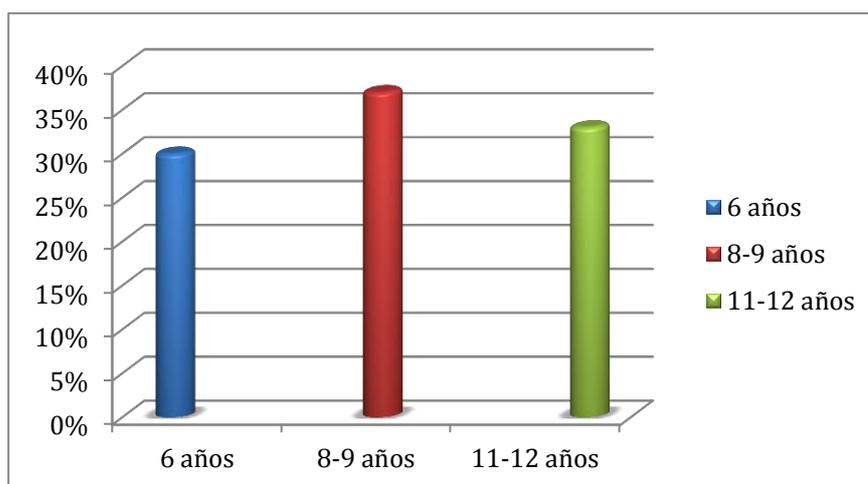


Tabla 3. Maloclusiones provocadas por hábitos bucales según la edad de niño escolar.

2.5 ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS BUCALES

En cuanto a la etiología de los hábitos, Graber en 1972 atribuye su presencia a factores psicológicos relacionados con fallas de alimentación maternal del recién nacido y sugiere que la prevención de hábitos orales anormales se inicia con una adecuada alimentación por parte de la madre, en la cual el bebé pueda quedar satisfecho y gratificado. Del mismo modo, cuando la alimentación maternal se suspende y se inicia la nutrición con biberón éste debe tener una forma fisiológicamente adaptable a la boca del bebé. La actividad muscular y kinestética correcta durante la succión puede reducir la tendencia hacia los hábitos bucales indeseables.⁽²¹⁾

Etiológicamente los hábitos bucales pueden ser clasificados en (Cuadro 4)

Instintivos	Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tomarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.
Placenteros	Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital.
Defensivos	En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. La respiración bucal se torna como un hábito defensivo.
Adquiridos	La fonación nasal en los fisurados, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

	golpe glótico para los fonemas K,G,J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.
Imitativos	La forma para colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas. ⁽²⁵⁾

Cuadro 4. Etiología de los hábitos bucales

Factores que modifican, intensifica o minimizan la acción del hábito:

1. Duración:

Por su duración pueden ser:

- Infantil (hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Pre-escolar (2 a 5 años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.
- Escolar (6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

2. Frecuencia:

Pueden ser intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos). Hay niños que lo realizan a cualquier hora del día, y otros que solo en la noche o para dormirse.

3. Intensidad:

- Poco intensa, cuando la inserción es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores. Generalmente se produce distraídamente.
- Intensa, cuando es fácilmente apreciable.^(25,26,27)

CAPÍTULO III

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y TIPOS DE HÁBITOS BUCALES

3.1 MANEJO PSICOLOGICO

No todos los hábitos requieren del uso de aparatología, sin embargo si ya existen consecuencias en la oclusión es importante que el odontólogo analice la situación del tipo de hábito y su alrededor considerando:

- a. **Edad del paciente.** El paciente debe tener por lo menos entre cuatro y cinco años de edad y estar lo suficientemente maduro para razonar y entender.

Debe recordarse que la terapia no es un castigo, sino una ayuda para que el niño deje algún tipo de hábito.

- b. **Madurez del paciente.** Es importante anotar que las posibilidades de éxito son mayores cuando el paciente entiende el problema y desea colaborar para corregirlo.

- c. **Cooperación de los padres.** Cuando el daño es grave y hay otras estructuras asociadas es importante considerar una interconsulta con otros especialistas, para determinar la posibilidad de hacer una terapia conjunta que, al mismo tiempo que trate el hábito resuelva los daños producidos por éste. (Figura 15.)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Si el hábito forma parte de una gama de síntomas y signos relacionados con una conducta anormal es necesario hacer una interconsulta con el psiquiatra o psicólogo, para establecer la dimensión del problema, no sea que se vaya a tratar el efecto y no la causa. Se debe recordar que se está tratando con padres que desean colaborar y que son suficientemente maduros para entender el problema, y tratar de que el paciente infantil entienda y logre la madurez de que se pretende.⁽¹⁷⁾



Figura 15. Cooperación padres, niño y especialista.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL.

Durante la consulta se pueden presentar diferentes tipos de pacientes, los cuales deben ser abordados como seres integrales y únicos, ya que no todos se presentan con una actitud receptiva y tranquila. Es por ello, que existen diferentes técnicas conductuales, las cuales ayudarán a modificar dicha conducta.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Entre las técnicas de modificación de conducta, se pueden mencionar:

1. Para implantar conducta: Cuando no se encuentra en el repertorio del paciente.

- **Moldeamiento:** Es el reforzamiento ordenado e inmediato de la conducta que se quiere establecer en el paciente.
- **Modelamiento:** Es el aprendizaje mediante la observación e imitación.
- **Instigación:** Es una ayuda especial, manual, verbal o visual, que se le da al paciente durante la intervención para incrementar el éxito en la actividad. Físicas, visuales y verbales.
- **Instrucciones verbales:** Son criterios concretos que muestran al paciente el comportamiento que se desea obtener.
- **Sugerencias:** Existen dos clases de sugerencias, la directa es una incitación para iniciar una serie de respuestas y es dirigida específicamente a un determinado paciente.

2. Mantener o incrementar la conducta: Es cuando se tiene una conducta en blanco y se quiere que esta se implante, se mantenga o incremente. Esto se puede lograr con las siguientes técnicas:

- **Reforzamiento:**
 - a. Reforzamiento positivo.
 - b. Reforzamiento negativo
 - c. Reforzamiento descriptivo e inminente.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Contratos de contingencia: Es un tratado entre dos o más partes, que constituyen los compromisos que van a tener cada una, en relación con un determinado objeto o actividad.

- **Economías de ficha:** es un programa de asistencia constante donde se premia al paciente con fichas cuando presentan la conducta deseada.

4. Reducir una conducta: El objetivo es disminuir la continuidad con la que se observa una conducta. Se puede realizar mediante:

- **Extinción:** Es la interrupción o eliminación del reforzador de una conducta que precedentemente se fortalecía.
- **Saciedad:** Es la disminución o supresión de una conducta incorrecta consecuentemente al reforzamiento incesante y aumentado de la misma conducta.
- **Castigo:** Es proveer un estímulo punitivo seguidamente después de presentarse la conducta blanco, incitando que la frecuencia de esta disminuya.
- **Reforzamiento de conductas incompatibles:** Es la disminución de una conducta que es incompatible con la conducta que deseamos modificar.^(3,17)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

3.2 MANIFESTACIONES BUCALES DE ESTRÉS

Las personas con hábitos bucales como queilofagia, onicofagia, o bruxismo, están procurando eliminar la tensión producida por el estrés y las presiones del cotidiano vivir. La vida moderna, con sus intensos y vastos temores, frustra a la persona que busca una vida tranquila; sus hábitos bucales son una muestra de sus tentativas de reducir esas tensiones. La boca, como lo probó Freud, lo soporta como zona de tensión y liberación. (Figura 14.)



Figura 14. Hábitos bucales provocados por estrés.

Una persona puede utilizar inconsciente un mecanismo de defensa que haga la vida más tolerable. Se recurre a los mecanismos psicológicos cuando los deseos y necesidades no se ven satisfechos. Si el individuo no obtiene el éxito buscado en relación con estos deseos, se siente frustrado y esta frustración conduce a la formación de tensiones.

A causa de las restricciones de la sociedad moderna, un individuo puede no ser capaz de descargar por actividad física o verbal el estrés emocional prolongado o intenso. La angustia, la ira o el temor suprimidos por el individuo que no pueden ser abiertamente expresados, son las

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

causas más comunes de tensión. La tensión psicológica debe ser liberada o se tornará intolerable y el individuo enfermará mentalmente pudiendo llegar al suicidio. Un método de disipar el estrés psicológico reside en el hábito bucal de apretar o frotar los dientes.

Durante los períodos de estrés se estimula el sistema nervioso simpático que libera epinefrina en el organismo. Esto prepara a la persona para la acción, de “luchar” o “huir”. Por otro lado, el hábito desarrollado puede ser el de succión, y este mecanismo incosciente de regresión a un estado donde siente “protección”. ^(3,13,19)

3.2.1 DEGLUCIÓN ATÍPICA

Se considera la deglución como una función biológica y coordinada, constituida por una conexión neurológica, un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares regidas por arcos reflejos. ⁽¹²⁾

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (deglución normal). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder y la deglución normal es aquella que al momento de tragar los labios contactan sin esfuerzo, los dientes ocluyen en armonía la lengua se apoya en el paladar en la zona posterior a los incisivos superiores sin contactarlos y después se establece el movimiento deglutorio. ^(12,28)

La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión digital, la alimentación con el biberón, la respiración bucal y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central. ⁽²⁴⁾ (figura 16)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

La deglución se puede dividir normalmente en 3 fases:

- ❖ Fase bucal: consciente y voluntaria.
- ❖ Fase faríngea: consciente e involuntaria.
- ❖ Fase esofágica: inconsciente e involuntaria.⁽⁷⁾

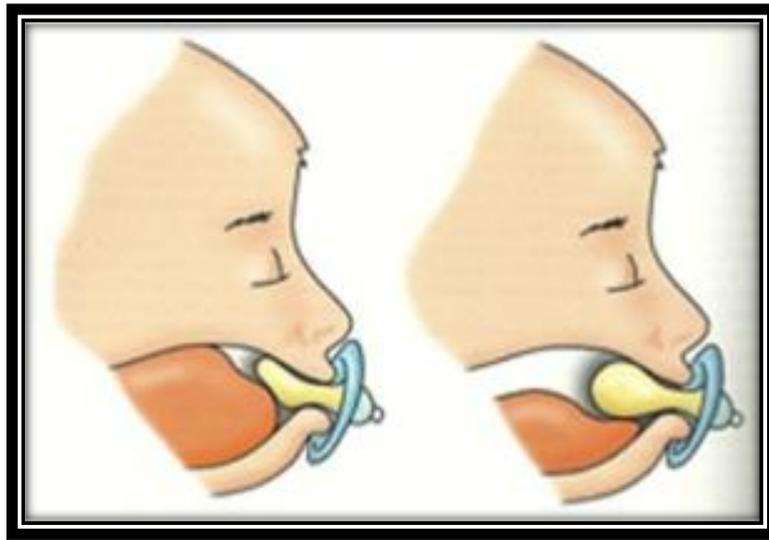


Figura 16. Deglución normal

3.2.1.1 CARACTERÍSTICAS

La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual, en el interior de la cavidad oral se deglute 500 a 600 veces diarias una vez cada dos minutos aproximadamente.

Se caracteriza por la intercúpidación de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protáctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele al alimento hacía la faringe. Cuando existe lengua protáctil el sellado periférico anterior para

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

producir el vacío necesario se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en os casos donde no hay contacto inter incisivo.^(12,26)

(Figura 17)

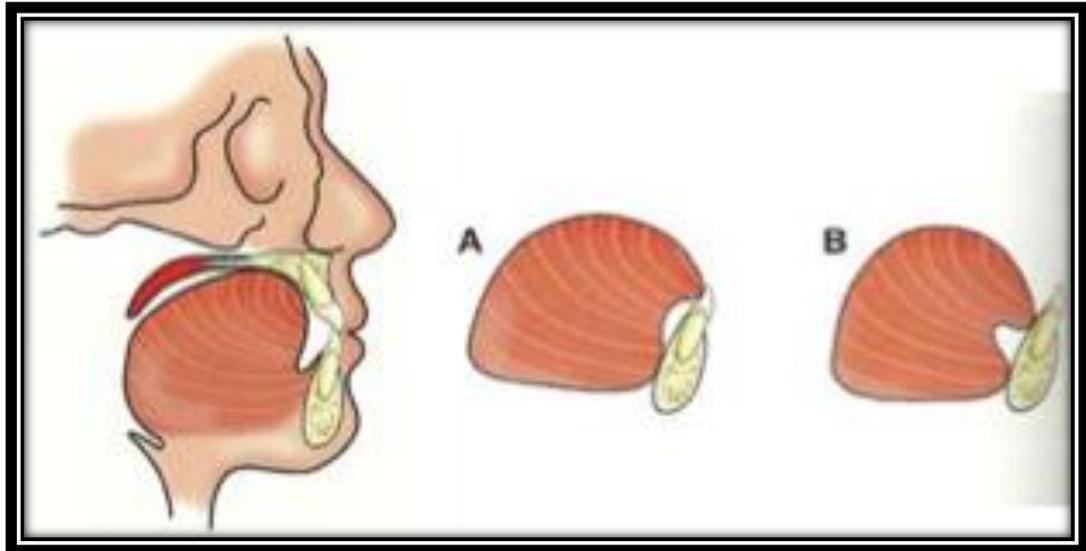


Figura 17. Sellado periférico anterior.

CARACTERÍSTICAS ORALES Y FACIALES

La deglución atípica se produce cuando al deglutir hay ausencia del contacto de la punta de la lengua contra la unión de la rugas palatinas y el tercio cervical palatino de los incisivos superiores, al igual que cuando hay ausencia de la contracción anterior de los maseteros y ausencia del contacto dental de los posteriores, debido a la interposición lingual entre los incisivos y como consecuencia se obtendrá.⁽¹⁹⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- ❖ Mordida abierta en la región anterior o posterior. (Figura 18)
- ❖ Protrusión de los incisivos superiores
- ❖ Labio superior hipotónico (Figura 19)
- ❖ Incompetencia labial.
- ❖ Hipertonicidad del borde del mentón.^(12,19,28) (Figura 20)



Figura 18. Mordida abierta anterior



Figura 19. Labio superior hipotónico



Figura 20. Hipotonicidad del borde del mentón.

Tipos de la deglución atípica.

1. Con presión atípica del labio
2. Con presión atípica de la lengua.

Con presión atípica del labio: Cuando la deglución atípica es generada por presión del labio ocurre normalmente cuando el paciente se encuentra en reposo y los labios no están en contacto. La selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza mediante la contracción del labio

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

inferior que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. (Figura 21) Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan y el labio superior se tornará más hipotónico como también los músculos del mentón (Figura 22). El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y esto originará migración del segmento posterior.



Figura 21. Presión atípica del labio.



Figura 22. Incisivos superiores vestibularizados.

Con presión atípica de la lengua: En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano. También hay una mordida abierta anterior (figura 23), mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de molares.^(12,26)(figura 24)



Figura 23. Mordida abierta anterior.



Figura 24. Mordida cruzada posterior

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

3.2.1.2 ETIOLOGÍA

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, entre las que se encuentran:

- ❖ La succión digital y/o chupete, provoca el hábito como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.
- ❖ Alimentación artificial inadecuada que fuerza al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
- ❖ Problemas respiratorios, trae problemas de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares.
- ❖ Amígdalas hipertróficas, por movimiento reflejo la mandíbula descende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante las últimas fases de la deglución.
- ❖ Macroglosia, obliga a la lengua por su discrepancia con el tamaño de cavidad bucal y adopta una posición más adelantada.
- ❖ Desequilibrio del control nervioso, las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua.
- ❖ Pérdida prematura de los dientes temporales.
- ❖ Problemas psicológicos, la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.^(29,30)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

3.2.1.3 PREVALENCIA

De acuerdo a la investigaciones realizadas por Moreno y Urrieta coinciden que el 67% el género femenino presenta el hábito de deglución atípica mientras que el género masculino se encontraba con un 33% en niños de edad escolar.^(18,23) (Tabla 4)

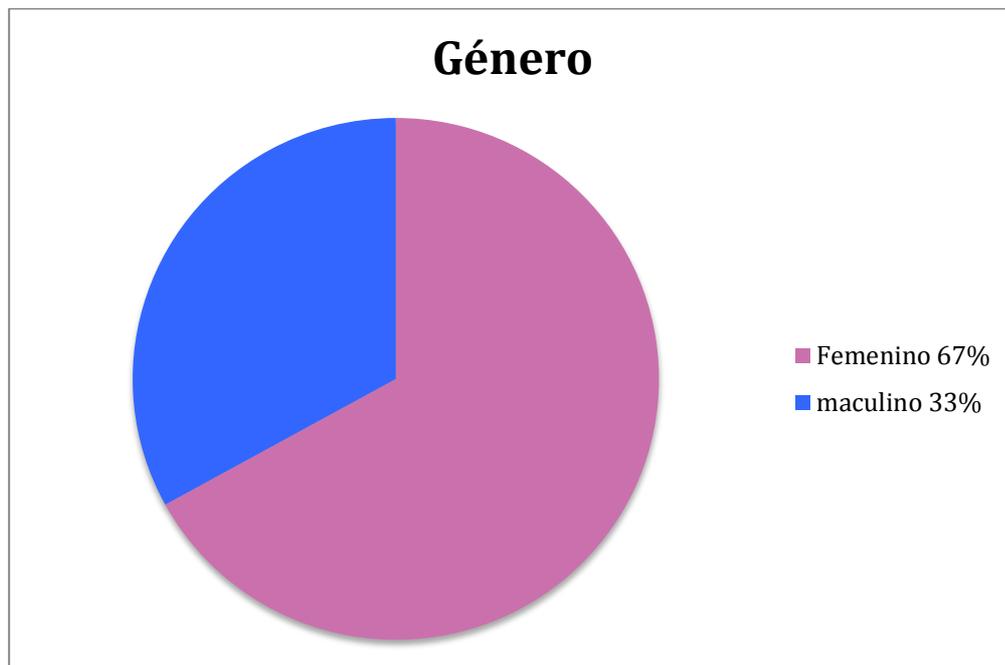


Tabla 4. Prevalencia por género del hábito de deglución atípica.

3.2.1.4 MANEJO ORTOPÉDICO

Ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual:

- ❖ Elástica en la punta de la lengua.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- ❖ Se utiliza aparatología fija o removible (rejilla lingual o perla de tucat).^(12,27) (figura 25)
- ❖ Lip Bumper (figura 26)

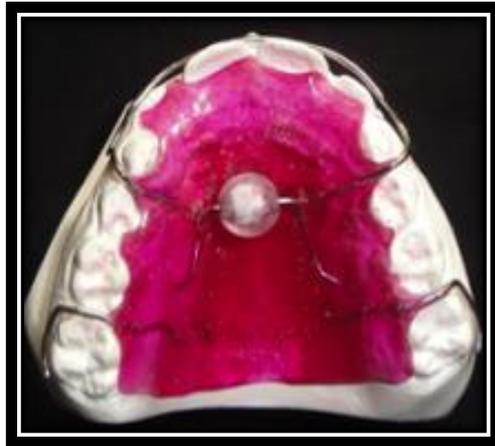


Figura 25. Perla de Tucat

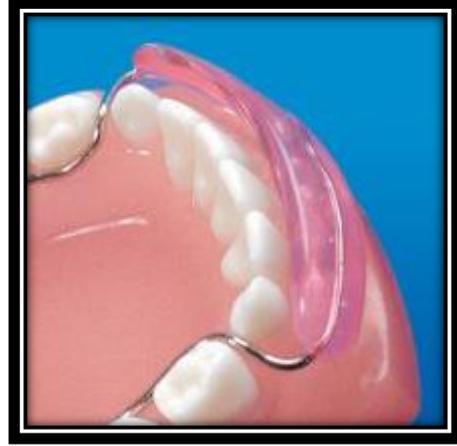


Figura 26. Limp bumper

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper ó una placa de Hawley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.

Para corregir la mordida profunda se utiliza una placa de levantamiento de mordida anterior, que consiste en una placa de hawley superior. Cuando el paciente ocluye los incisivos inferiores tocan este acrílico impiden su extrusión, dejando los dientes posteriores sin oclusión. Sabemos que los dientes sin oclusión con el antagonista se extruyen y por los tanto levantan la mordida. Para un buen resultado, este aparato debe ser usado 24 horas por día.⁽²⁴⁾

3.2.1 SUCCIÓN DIGITAL

El hábito de succión en los niños pequeños se debe a un reflejo natural que ya estaba presente en el bebé cuando se encontraban en el útero materno. Se considera completamente normal e incluso sano y está relacionado con la capacidad de supervivencia, pues le permite alimentarse y crecer, pero además le ofrece seguridad, placer y sensación confortable. También tiene función de ayuda al niño a entrar en contacto con el entorno y aprenda del mundo que lo rodea. (Figura 27)

Algunos autores como Graber en 1972 opinan que la succión digital durante los primeros años de vida puede ocurrir sin que se presenten efectos dañinos, siempre y cuando se tenga hábitos de alimentación correctos.⁽¹⁷⁾

La psicología refiere que el hábito de succión digital se considera fisiológica hasta los dos años y medio, después de esta edad la persistencia de éste puede deberse a una respuesta para afrontar el estrés y/o solo es una respuesta de adaptación y no un desequilibrio psicológico, también puede ser considerado como un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño.⁽¹⁴⁾



Figura 27. Hábito de succión digital.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

3.2.2.1 CARACTERÍSTICAS

Cuando un niño pone cualquier dedo de la mano en la boca eso generalmente produce la presión entre los dientes y esto puede ser responsable de la movilización de los dientes anteriores y la contracción de toda la musculatura perioral. (figura 28)

Proffit refiere que el tiempo de succión es un factor importante; si el niño chupa en períodos de tiempo muy pequeños y muy enérgicamente se producen menos alteraciones de los dientes que si la succión es persistente pero menos vigorosa.⁽²⁹⁾

Este hábito actúa mediante la triple acción de la intensidad, el tiempo y la frecuencia. El tipo de modificación estructural dependerá de la posición del pulgar y de los otros dedos, de las contracciones de los músculos buccinador, orbicular y masetero, de la posición de la lengua. La Mordida abierta es una de las consecuencias más frecuentes además de las alteraciones de la articulación.

Hay dos tipos diferentes de succionadores digitales, el pasivo que tiende a llevar el dedo a la boca y solo dejarlo ahí y el activo que ejerce una presión vigorosa causando alteraciones en los maxilares.^(12,18) (Figura 29)



Figura 28 . hábito de succión digital

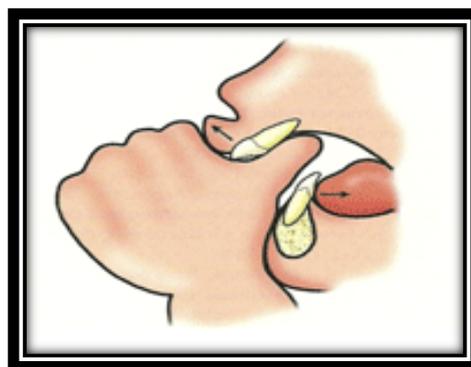


Figura 29. Presión de los dientes anteriores.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Tipos de hábito de succión:

1. Succión de dedo

1. pulgar:

Es el más común entre los hábitos de succión, los músculos activos en este hábito tiene la función de crear un vacío en la cavidad oral.

La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

2. Índice:

Puede producir una mordida abierta unilateral, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.⁽²⁵⁾

CARACTERÍSTICAS ORALES Y FACIALES.

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo alveolar superior.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- Estrechamiento de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada. (Figura 30)



Figura 30. Características orales del hábito de succión digital.

3.2.2.2 ETIOLOGÍA

El hábito de succión en los niños pequeños se debe a un reflejo natural que ya estaba presente en el bebé cuando se encontraba en útero materno. Está relacionado con la capacidad de supervivencia pues le permite alimentarse y crecer, pero además ofrece seguridad, placer y sensación reconfortante. También tiene la función de ayudar al niño a entrar en contacto con el entorno y aprenda del mundo que lo rodea.⁽¹⁸⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos del mundo real que le parece muy duro. ^(18,25,29)

Existen dos teorías del comportamiento que intentan explicar el origen del hábito de succión digital:

a. Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual (Freud).

Esta respuesta surge como un impulso psicosexual inherente a la persona. Freud sugiere que la succión digital es una estimulación erótica placentera de los labios y la boca y sostiene la acción de la succión es una actividad sexual.

b. Teoría del aprendizaje.

Se considera una respuesta adaptiva. Por ejemplo, un bebé asocia la succión como cesaciones tales como: hambre, saciedad y estar sostenido en los brazos. ⁽²¹⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

3.2.2.3 PREVALENCIA

El estudio realizado por Aguilar refiere que el 39% de los alumnos mantenían el hábito de succión digital, siendo distribuido por edad de la siguiente manera: 7.9% a los 6 años, 3.6% entre los 8 y años y un .9% a los 11 y 12 años.⁽²⁴⁾ (Tabla 5)

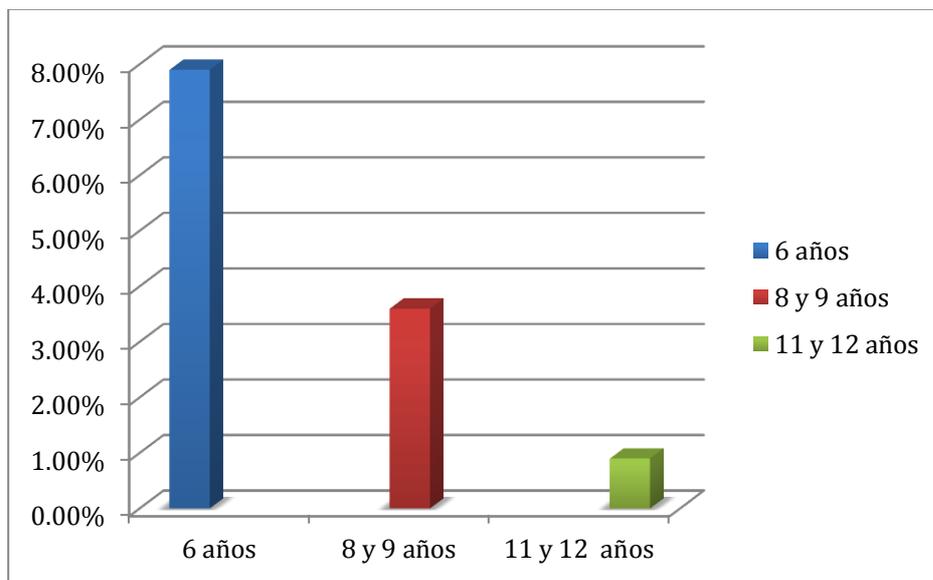


Tabla 5. Prevalencia del hábito de succión digital en niños de edad escolar.

3.2.2.4 MANEJO ORTOPÉDICO

Tratamiento ortodóncico indicado para un paciente con succión digital es la adaptación de bandas con canastilla lingual fija para mejorar una sobremordida vertical y sobremordida horizontal.⁽¹⁸⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

La rejilla mantiene a la lengua fuera del espacio interincisivo anterior, donde a menudo se persigue la modificación de la función lingual.⁽¹⁰⁾
(Figura 31)



Figura 31. Manejo Ortopédico con rejilla lingual

Siempre existe el paciente que se sigue la succión del dedo hasta con la rejilla, por lo cual se le puede colocar un Tridente de Graber, este es utilizado para el control de niños muy difíciles, en donde no funciona la rejilla en canastilla. Presenta tres extremos libres y cortos del alambre redondeado.⁽¹⁹⁾

3.2.3 RESPIRADOR BUCAL

Se define como la respiración que las personas efectúan a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz. La respiración bucal exclusiva es sumamente rara ya que generalmente se utilizan ambas vías, es decir, la bucal y la nasal pues nunca se obstruye por completo las fosas nasales, de modo que aunque la boca se encuentre abierta también pasa cierta cantidad de aire por la nariz, por lo que autores como Stefanelli en 1987 y Gómez en 1997 la denominan IRN (Insuficiente respirador nasal).⁽²⁵⁾

La respiración nasal o normal es aquella donde el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas.⁽²²⁾

3.2.3.1 CARACTERÍSTICAS

Durante la respiración bucal lo que se produce es que durante la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característicos (aspecto de cara larga).⁽²⁶⁾ (Figura 32)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

En estos niños se observa ligera anemia, hipoglobulinemia y ligera leucocitosis, pérdida de expansión normal de sus pulmones, déficit de peso y a menudo tórax aplanado.

En el aparato circulatorio se presentan trastornos funcionales, palpitaciones, soplos y variaciones de la tensión arterial, además disminución de la capacidad intelectual, así como alteración de la audición, el olfato y el gusto.



Figura 32. Hábito de respiración bucal.

CARACTERÍSTICAS FACIALES Y DENTARIAS.

- Facies adenoideas y síndrome de la cara larga (cara larga y estrecha, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto y labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras). (Figura 33)
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- Paladar alto u ojival.
- Retrognatismo del maxilar inferior.
- Vestibularización de los incisivos superiores (figura34)
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Paladar alto u ojival. (Figura 35)
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Perfil convexo.^(12,26)



Figura 33. Características faciales del hábito de respirador bucal.



Figura 34. Vestibularización de dientes superiores.



Figura 35. Paladar alto

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

La respiración bucal provoca cambios morfológicos y posturales que favorecen un crecimiento del macizo cráneo facial con una interposición lingual y aumento de la dimensión vertical de la cara, creando un patrón de exceso vertical anterior.

Se acompaña de: hipertrofia de adenoides, hipertrofia de amígdalas palatinas, rinitis alérgica.⁽³⁰⁾

3.2.3.2 ETIOLOGÍA

La causa principal de la respiración bucal es la intolerancia, carencia y excesos alimenticios.

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse en 2 tipos:

- Por obstrucción funcional o anatómica: existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal de aire a través de fosas nasales. Por ejemplo, la presencia de adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias
- Hábitos bucales: entre los que se pueden encontrar deglución atípica, interposición lingual, succión del pulgar entre otros.⁽³²⁾

También este tipo de hábito puede producirse trastornos intelectuales, debido a la falta de PO₂ en un 5% y secundariamente baja la oxigenación cerebral, lo que se traduce en apatía, trastornos de la memoria, disminución de la actividad voluntaria, cansancio crónico y disminución en la concentración.

A causa de la mala respiración al dormir, le cuesta mucho trabajo levantarse, lo que influye en su rendimiento durante el día, y en su

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

rendimiento escolar, por lo que hay una afección social que conlleva a un desequilibrio psicológico.^(28,29,30)

3.2.3.3 PREVALENCIA

Según Urrieta y cols. el paciente con respiración bucal sin sellado labial pueden presentar obstrucción de las vías aéreas superiores; hipertrofias de las adenoides y amígdalas palatinas en un 39%, hipertrofia ideopática de cornetes en un 12%; rinitis alérgica-34%; desviación del septum nasal (19%); pólipos, tumores, hábitos adquiridos, etc. Estas personas mantienen la lengua en una posición más inferior y anterior para permitir el paso de aire. Presentan falta de desarrollo maxilar, paladar profundo, mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales, incisivos superiores protruídos y/o apiñados, tendencia a mordidas abierta, deglución atípica y encías hipertróficas con sangramiento por la falta de hidratación de la saliva.⁽²⁴⁾ (Tabla 6)

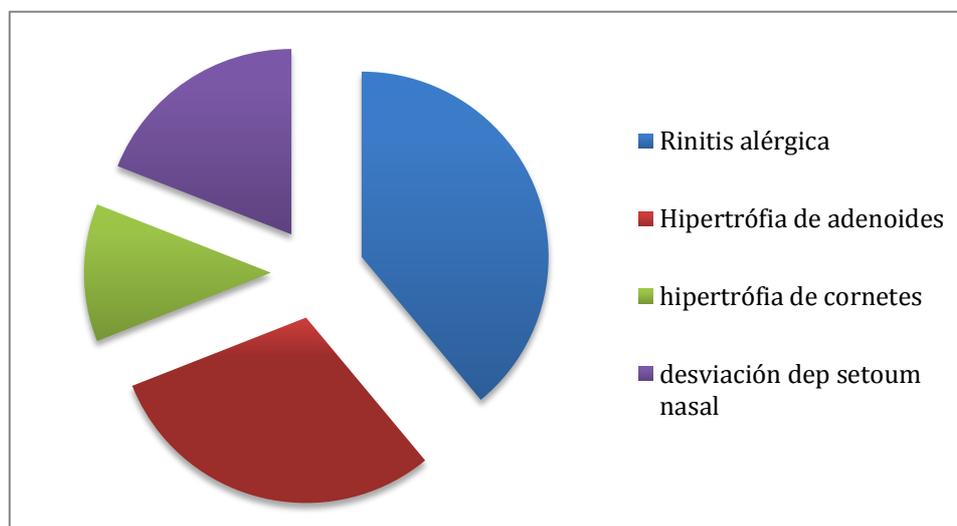


Tabla 6. Causas que provoca hábito de respiración bucal.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

El austriaco Gottlieb, encontró en pacientes con hábito de respiración oral que el 75 % correspondía a mordida clase I, 15% mordida clase II y 10 % mordida clase III. Este discrepa con la tendencia de mordidas clase II.⁽²³⁾

3.2.3.4 MANEJO ORTOPÉDICO

Se recomienda referir al paciente con un otorrinolaringólogo, una vez eliminado el factor causal de la respiración bucal, será necesario rehabilitar la musculatura por medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos periorales, para promover el cierre de los labios. (Figura 36)



Figura 36. Niño inflando globos.

Los ejercicios de fortalecimiento muscular deben hacerse con una placa vestibular o un trainer, los cuales van impedir la penetración del aire por la boca.⁽³⁰⁾

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

3.2.4 ONICOFAGIA

Del griego *onyx* (uña) y *phagein* (comer), se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona.

La onicofagia, se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones.^(17,24)(Figura 37)

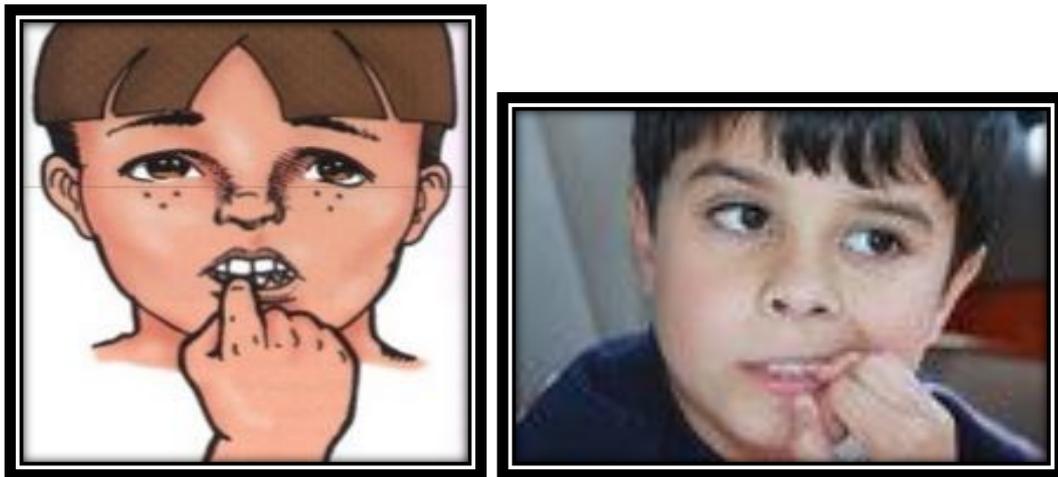


Figura 37. Hábito de onicofagia

3.2.4.1 CARACTERÍSTICAS

Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

La reiteración de la onicofagia en el tiempo provoca varias lesiones, como la inflamación y elevación de los bordes laterales o incluso formaciones verrugosas secundarias a la hiperplasia cuticular. Los hábitos de morderse las uñas más agresivos pueden provocar hemorragias subungueales y pérdida de tiras ungueales, que pueden dejar espolones ungueales residuales o conllevar la pérdida de toda la uña. (Figura 38)

Las uñas mordidas y posteriormente ingeridas pueden impactarse en la faringe y producir reacciones inflamatorias. También pueden aspirarse y pasar al árbol bronquial favoreciendo sobre infecciones o diversas complicaciones en el tejido pulmonar. Pero lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y acaben mezclándose con las heces al final del trayecto dada la imposibilidad de digerir el resto ungueal.⁽¹⁷⁾



Figura 38. Pérdida de tiras ungueales.

CARACTERÍSTICAS DENTALES Y FACIALES

Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizada, altera la estética de los dientes por:

- ❖ Abrasión
- ❖ Erosión
- ❖ Mordida borde a borde (Figura 39)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- ❖ Gingivitis
- ❖ Aumento de caries.



Figura 39. Mordida borde a borde

3.2.4.2 ETIOLOGÍA

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática, se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos.^(17,23)

- ❖ Teorías Biológicas. Las teorías biológicas sobre la etiología de los tics se han centrado en aspectos genéticos, neuroanatómicos y neuroquímicos.
- ❖ Teorías psicológicas. Por su parte, las teorías psicológicas y ambientales afirman que la predisposición genética a los trastornos por tics puede ser modificada por factores ambientales, acontecimientos estresantes, influencias sociales, cambios evolutivos y contingencias de reforzamiento.

Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante. En niños se observa en hogares donde existen tensiones entre los padres, situaciones anormales de rivalidades.^(17,24,26)

Para García las causas más frecuentes que llevan a la persona al hábito de onicofagia son los estados obsesivos compulsivos, el estrés y la agresividad, son así formas mediante las cuales las personas se calman en momentos de tensión, ansiedad y angustia, o cuando se encuentran en un estado de desadaptación provocado por cambios en la unidad familiar o la pérdida de seres queridos.⁽³⁰⁾

3.2.4.3 PREVALENCIA

Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad y no guarda relación con el nivel mental de la persona.

Al estudio realizado por Aguilar refiere que la onicofagia esta presente en el 44% de los alumnos que se estudiaron, con un 38.6% a los 6 años, un 42.3% a los 8 y 9 años y un 51.65 a los 11 y 12 años.^(20,30) (Tabla 7)

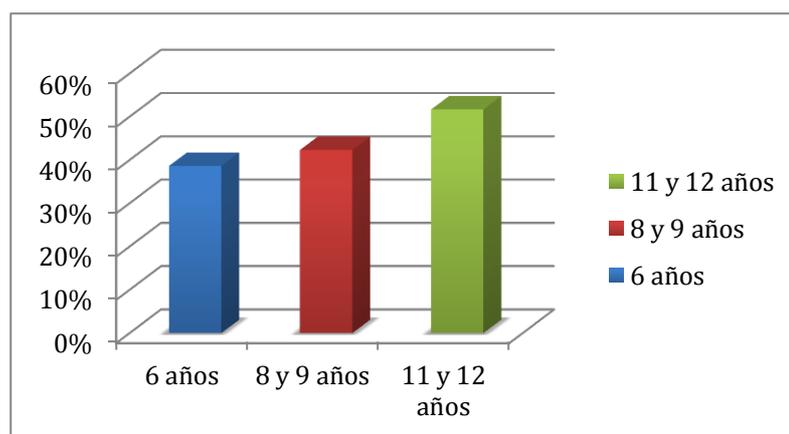


Tabla 7. Prevalencia por edad en niños escolares.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Ferro estima que entre un 28 y un 33 % de los niños de entre 7 y 10 años se muerden las uñas. Este porcentaje es mayor entre los adolescentes, llegando a un 45%. A los 18 años la frecuencia de esta conducta disminuye hasta desaparecer, aunque puede persistir en algunos adultos pero en menor porcentaje, tomando en cuenta que la mayor incidencia la encontramos en jóvenes sobretodo en la edad de la pubertad.

3.2.4.4 MANEJO ORTOPÉDICO

Morderse es un acto reflejo difícil de controlar, si bien no es imposible erradicarlo. Deshacerse de esa manía requiere una gran fuerza de voluntad y control. Existen tratamiento como cubrir de esmaltes o sustancias amargas que provoquen el rechazo del niño a llevar los dedos a la boca (Figura 40). Esto es responsable de los padres, para ello se aconseja llamar la atención repetitivo tanto cuando se le ve la intención como cuando lo está haciendo. ⁽¹⁷⁾

Como ayuda en una maloclusión restablecida, se puede utilizar el trainer en casos de clase II o en casos clase III.



Figura 40. Motivación para la Onicofagia.

3.2.5 BRUXISMO

Es el rechinar o trituración no funcional de los dientes que se caracteriza por un contacto forzado y rítmico de las superficies oclusales con movimiento mandibular, que puede ocurrir en vigilia o durante el sueño, siendo el más común en este último. (Figura 41)

3.2.5.1 CONSECUENCIAS

Las consecuencias de este hábito pueden ser dolor de cabeza, molestias en la ATM, dolor en los músculos masticadores y atrición de los dientes. Entre las manifestaciones orales están la atrición, lesión periodontal, alteración de la mordida, disminución de la dimensión vertical. Facialmente el paciente presenta hipertrofia de músculos masticatorios, dolor a la palpación, limitación de la apertura oral, molestia de ATM, contracción espontánea de músculos faciales.

El bruxismo se inicia cuando un diente o varios se mueven hacia una malposición en la son traumatizados durante las funciones normales de la masticación o la simple deglución.^(22,24,32)



Figura 41. Hábito de Bruxismo

3.2.5.2 ETIOLOGÍA

Actúa de doble etiología (la tensión emocional manifestada por una expresión inconsciente de agresividad y/o rabia generalmente de aparición nocturna, y las interferencias oclusales con tensión muscular excesiva) pero también hay factores implicados como la herencia (padres con bruxismo), salud general (niños con rinitis y asma), y trastornos del sistema nervioso (autismo) que pueden manifestar dicho hábito.⁽²⁵⁾

Los factores implicados en este problema son: herencia, salud general y trastornos del sistema nervioso. Podrán ser hallados en su origen genético, sus relaciones con los demás miembros de la familia, sus normalidad física o su pasado ambiental.

Suele haber muchas causas psicológicas en la creación de estrés y tensión en un individuo.⁽²⁴⁾

Slavícek se refiere que la mayoría de los niños en períodos de 2,5 años hasta los 5-6 años son bruxistas. Esto sucede porque en este período los niños están sometidos a fuerte estrés emocional, como el aumento de las limitaciones impuestas por las normas de la educación. Como resultado, y según Slavícek, el órgano masticatorio es aparentemente utilizado como una válvula de estrés nocturna (de seguridad) - una reacción física normal para equilibrar la agresión.⁽³³⁾

La entidad etiológica más mencionada es el bruxismo nocturno es el estrés psicológico, tensión emocional y ansiedad. Es entonces, un indicador alarmante que algunos niños preescolares estén sometidos a estrés, expresión de una sociedad competitiva, que esta obligado a

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

obtener aprendizajes en los jardines de párvulos para sortear con éxito las exigencias de selección de los colegios más cotizados.⁽²²⁾

Slavíček y Sato refieren que el bruxismo es una función de los órganos masticatorios y se utiliza como salida de emergencia durante los períodos de sobrecarga psíquica. Por lo tanto, la oclusión del órgano masticatorio contribuye significativamente a la capacidad de un individuo a manejar el estrés, y en dentición adecuada puede ser reconocido como válido un sistema de profilaxis para todas las enfermedades relacionadas con el estrés.⁽³³⁾

3.2.5.3 PREVALENCIA

Urrieta refiere que este hábito se encuentra durante la dentición mixta (7 y 10 años) estando relacionado con interferencias oclusales y déficit de protección canina y luego disminuye con la edad, el mismo no progresa en niños con la misma gravedad que en los adultos gracias a su aumentada capacidad de reparación.

Jeffrey menciona que el bruxismo se encuentra hasta un 15% de niños y de adultos jóvenes. (Tabla 8)

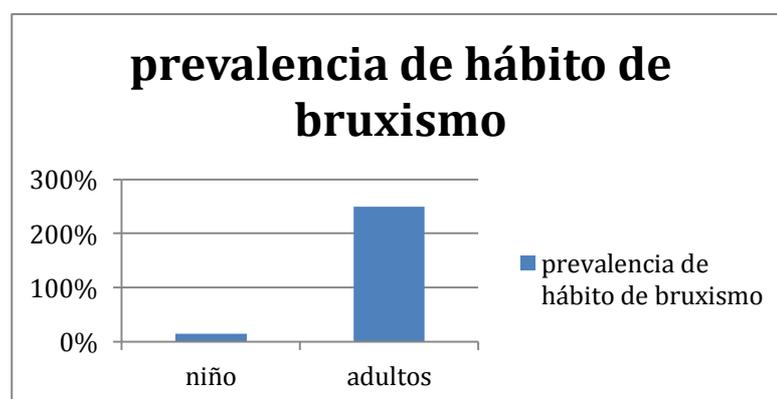


Tabla 8. Prevalencia de hábito de bruxismo.

3.2.5.4 MANEJO ORTOPÉDICO

El rechinar los dientes produce un desgaste dental, hay una pérdida del esmalte, la exposición de la dentina en la superficie y en casos fracturas dentales, esto puede generar un aumento de la sensibilidad dental a los alimentos fríos o muy calientes.

Existen muchas formas tradicionales de tratar el bruxismo. La primera es estar conciente del hábito de apretar y rechinar los dientes y controlarlo durante el día.

El tratamiento se basa en diferentes aspectos:

Tallado selectivo: Si la malposición de los dientes es leve se realizan pequeños ajustes de tallado selectivo para eliminar esos puntos de contacto entre dientes que favorecen el bruxismo. (Figura 42)

Férula de descarga: es un aparato rígido, en forma de herradura que se ajusta perfectamente a los dientes y que se coloca por la noche para evitar el desgaste de los dientes y disminuir la sobrecarga muscular que puede producir dolor. Están diseñadas para reducir el daño por apretar los dientes durante la noche y permiten que los músculos descansen. (Figura 43)

Fisioterapia: Ejercicios musculares para ayudar a su relajación y disminuir el dolor y ayudarán a reducir la intensidad y frecuencia de su estrés oral y protegerán los dientes de mayor desgaste y daño.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Estos tratamientos devolverán la elongación, función, postura y rango de movimiento a los músculos masticadores, del cuello y cabeza. Cualquier estrategia que promueva la relajación será útil, ya sea leer, hacer ejercicio, escuchar música etc.⁽²⁰⁾



Figura 42. Tallado selectivo



Figura 43. Guardas oclusales

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a diversos autores refieren que niños de edad de 6 a 12 años manifiestan hábitos bucales por consecuencia de la ansiedad, el poco rendimiento en clases, el cambio de escuela, problemas que tienen desde el hogar , entre otros que hacen que el niño genere un cierto estrés y lo lleve a la adquisición de estos.

Es importante reconocer las causas principales por las cuales se manifiestan los hábitos bucales en niños de edad escolar, ya que son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, aparte de que alterarán el desarrollo físico y emocional del niño.

Tanto los padres, profesionales de la salud y profesores, así como las personas que están presentes en las relaciones del niño, deben prestar más atención en indicadores de alerta que manifiesta el niño ante cualquier situación estresante, por lo que es necesario tener más un acercamiento en la comprensión de la ansiedad en los niños, con la finalidad de tener un mejor panorama de la salud física y emocional del niño dentro de su núcleo familiar, en sus relaciones sociales y en el funcionamiento escolar.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

6. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Martínez R. Salud y enfermedad del niño y adoslescente. 7ª Edición. Centro-Occidente de México: Editorial Manual Moderno, 1994. Pp 377.
2. Lazarus, R. S., y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Editorial Martínez Roca 1986. Pp. 43,328.
3. Trianes M.V. Estrés en la infancia, su prevención y tratamiento.3ª Edición. Madrid: Editorial Narcea. 2002. Pp. 13,15,15,20,22,34.
4. Odair F, Yeda O. Impacto de los estresores laborales en los profesionales y organizaciones. Revista científica de Aérica Latina y el Caribe. Invenio, vol. 15, núm 29. 2012. Pp. 67-80.
5. Rodríguez A., Frenis B, Toca L.A. Estrés evolución histórica de concepto de estrés - parte I. Hallado en: <http://www.redtelework.com/imprimir.aspx?id=28780>.
6. Verduzco M.A, Gómez E, Durán C. La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. Salud Mental Vol.27 Agosto 2004.
7. Grych JH, Fincham. Marital conflict and children´s adjustment a copgnitive-contextual framework. Psychological Bulletin, 108: 206-209. 1990.
8. Wach TD, Plomin R: Conceptualization an Measurement of Organism- enviroment interaction. Asociación Americana Psicológica. Washington, 1991.
9. Rutter M: Stress, coping and development. Some issues and some questions. En. Saranson ES. Ed. Childrens Stress and Coping. A Family Perspective. The Guilford Press. Nueva York 1988.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

10. Cepero Z.J., Hidalgo Gato I, Duque de Estrada J., Pérez J.A. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. Diciembre 2007.
11. Aldwin C. Stress, Coping Development; An integrative perspective, The Guilford Press. Nueva York, 2000.
12. Vellini F. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica”. 2ª edición. España: Editorial Artes médicas latinoamericanas 2004.
13. Flores M.E, Vega M.G, González G, Lemus A. Estrés y ansiedad en niños escolares. Investigadores del Centro de estudios de Salud y desarrollo adscrito al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario en Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara México. 2002.
14. Oros L., Vogel G. Eventos que generan estrés en la infancia: diferencia por sexo y edad. Enfoques XVII,1 Otoño 2005: 85-101.
15. Del Barrio M.V, “Estrés infantiles y su afrontamiento”, en *Estrés y Salud*, ed. María I. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1996. Pp. 15,357-359.
16. Bergeret J. Manual de Psicología Patológica, (Teoría y clínica). 2ª Edición. España: Editorial Masson S. A. 1990.
17. Ferro M, Naccif A, Sotillo F, Velazquez L, Velez K. Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la facultad de Odontología de la Universidad central de Venezuela. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. Febrero 2010.
18. Moreno V, García L, Leila D, Charris An, Figueroa V, Daza V, Bastidas L. Acompañamiento familiar vs aparatología convencional en la corrección de hábitos de succión digital y deglución atípica. Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2012.

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

19. Hurtado C. Ortopedia Maxilar Integral. Ediciones Ecoe, Bogotá 2012.
20. Reyes D. Paneque M.R, Almedia Y., Quesada L.M, Escalona D., Torres S. Factores de riesgo asociado a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Estudio de casos y controles. 2012.
21. Cárdenas D. Fundamentos de la Odontología. 4ª Edición. Colombia: Editorial CIB. 2009.
22. Escobar F. Odontología Pediátrica. España: Editorial Ripano. 2011.
23. Urrieta E., López I. Quirós O. Farias M. Rondón S. Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. Caracas, Venezuela 2008.
24. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas Venezuela. Octubre, 2009.
25. Quirós O., Quirós L., Quirós J. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas, Venezuela. 2013.
26. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas, Venezuela. Marzo 2011.
27. González M.F, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de succión labial, y

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

- hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas, Venezuela 2012.
28. Martín L, García S, Expósito I, Estrada V. Deglución anormal: consideraciones sobre este hábito. 2010.
29. Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia Contemporánea. 3ra Edición. Madrid: Editorial Mosby 2001.
30. García G. Etiología y Diagnóstico de pacientes respiradores bucales en edades tempranas. Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamérica y Odontopediatría. Caracas, Venezuela 2012.
31. Cavallé M, Brami P, De la Ballina A “Kisiología médica odontológica y posturología.”. España: Editorial Proboca. 2012.
32. Cinotti W. Grieder A. Psicología aplicada en odontología. Buenos Aires: Editorial Mundi. 1970
33. Slavicek R. The Masticatory Organ. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Fortbildungs-AG. 2004.
34. Grohmann U. Atlas ilustrado. Aparatología en ortopedia funcional. 2ª Edición. Colombia: Editorial Amolca. 2006.

7. FUENTES DE INFORMACIÓN DE IMÁGENES.

Figura1.http://extroversia.universia.net.co/buscadortags/edad_escolar.htm

Figura 2. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura 3. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura 4. <http://www.padresonones.es/noticias/ampliar/1199/primeros-sintomas-y-consejos-ante-el-tdah>

Figura5.http://teoriasdelaeducacionac.blogspot.mx/2009_04_01_archive.htm

Figura 6. <http://www.apaloseco.net/persons/makiluki.htm>

Figura7-11.<http://dentalplace.blogspot.mx/2012/03/clasificacion-de-las-maloclusiones-de.html>

Figura12.<http://entrepadres.imujer.com/5021/ayudar-a-los-ninos-a-superar-el-estres-de-los-examenes>

Figura13.http://episthemetonydemoya.blogspot.mx/2012_08_01_archive.html

Figura 14. <http://fonoadictos.webnode.cl/products/referencia-1/>

Figura 15. <http://www.dentistaenchiclanadelafrontera.es/el-dentista-en-chiclana-explica-la-relacion-entre-diabetes-y-encias/>

Figura 16-18. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura 19. <http://maxilofacialarbulu.es/sonrisa-gingival/>

Figura20.http://ortodonciaparatodos.mex.tl/479264_Chuparse-el-Dedo.html

Figura 21. <http://dralorenadora.com/servicios/ortodoncia/>

Figura22.http://ortodonciaparatodos.mex.tl/479264_Chuparse-el-Dedo.html

Figura 23. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura24.<http://digitalcef.com.ar/blog/ortodoncia-¿como-podemos-diferenciar-las-mordidas-cruzadas/>

Figura 25 <http://ortodoncia-openlab-2012.blogspot.mx/2012/11/placa-re-educadora-de-habitos.html>

IMPACTO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE HÁBITOS BUCALES.

Figura 26. http://childrensdentalcare.us/?qa_faqs=lip-bumper

Figura 27 <http://www.babytuto.com/articulo/consecuencias-de-la-succion-digital-en-ninos,8589>

28 y 29. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura 30.

Figura 31. Atlas ilustrado “aparatoología en Ortopedia funcional”

Figura 32 y 33. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura 34. <http://www.e-ortodoncia.com/foro/11402-post1.html>

Figura 35. <http://www.gacetadental.com/2009/03/hbito-de-succin-digital-y-maloclusiones-asociadas-31358/>

Figura 36. <http://es.dreamstime.com/foto-de-archivo-la-niña-está-inflando-el-globo-verde-image32666170>

Figura 37 Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Figura 38. <http://revistareinaregina.blogspot.mx/2013/04/onico-fagia-te-senala.html>

Figura 39.

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/plano_inclinado_mordida_cruzada_anterior.asp

Figura 40. <http://serpadres.com/ninos/lee-esto-antes-de-pintarle-las-unas-a-tu-hija/26656/>

Figura 41. <http://www.escolapejoan.com/es/el-bruxisme-infantil-tambe-existeix/>

Figura 42. <http://www.labiela.net/RNO.htm>

Figura 43. http://dentalamezola.com/ferulas_info.html