



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LOS HÁBITOS  
NOCIVOS EN ODONTOPEDIATRÍA.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

PRESENTA:

DIANA ANAID TOLEDANO REYNA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

*Vo B D*  
*[Firma]*

MÉXICO, Cd. Mx.

2022



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LOS HÁBITOS  
NOCIVOS EN ODONTOPEDIATRÍA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

DIANA ANAID TOLEDANO REYNA

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, Cd. Mx.

2022

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

## OBJETIVO

### 1. GENERALIDADES

- 1.1 Salud
- 1.2 Salud pública
- 1.3 Salud pública bucal
- 1.4 Educación para la salud
- 1.5 Hábito
  - 1.5.1 Hábito funcional
  - 1.5.2 Hábito disfuncional o nocivo
- 1.6 Factores psicosociales

### 2. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LOS NIÑOS

- 2.1 Del nacimiento a los 2 años
- 2.2 De 2 a 6 años
- 2.3 De 6 a 12 años

### 3. HÁBITOS NOCIVOS EN ODONTOPEDIATRÍA

- 3.1 Deglución Atípica
- 3.2 Onicofagia
- 3.3 Respirador oral
- 3.4 Succión nutritiva
  - 3.4.1 Amamantamiento
  - 3.4.2 Caries por alimentación temprana
- 3.5 Succión no nutritiva
  - 3.5.1 Succión de dedo
  - 3.5.2 Succión de labio
- 3.6 Bruxismo

### 4. EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LOS HÁBITOS NOCIVOS EN ODONTOPEDIATRÍA

- 4.1 Identificación y exposición del hábito nocivo.
- 4.2 Estrategias del educador para la salud para eliminar el hábito nocivo
  - 4.2.1 Exposición
  - 4.2.2 Interacción
- 4.3 Recursos didácticos.
  - 4.3.1 Cartel
  - 4.3.2 Videos interactivos
  - 4.3.3 Tríptico digital

## CONCLUSIONES

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## En memoria

Victoria Salgado Toledano  
Esther Reyna García  
Jonathan Toledano Reyna

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de pertenecer a este mi segundo hogar, donde me formé en la carrera que amo, creciendo de manera profesional y personalmente; conocí doctoras y doctores maravillosos, compañeros y pacientes, que fueron parte de mi evolución como alumna y como ser humano.

Dedico esta tesina a mis padres, Gustavo Toledano Salcedo y Esther Reyna García, que me educaron con amor, fuerza, honestidad y sabiduría. Porque no solo me enseñaron a soñar, sino también a no rendirme nunca. Los amo.

A mis hermanos, Julio César Toledano Reyna y Jonthan Toledano Reyna, por ser mis cómplices, confidentes, por su impulso, por sus consejos, por esa vida llena de risas y tanto amor.

A mi hija Victoria Salgado Toledano, quien vino a este mundo a darme el verdadero color de la vida y a enseñarme el significado del verdadero amor.

A mi mejor amiga de la universidad y de la vida; Ilse María Alonso García, por ser mi cómplice, mi compañera. Porque sin su apoyo y su gran amistad, este camino hubiera sido muy aburrido y difícil.

A mi tío Miguel Angel Toledano Salcedo, por sus consejos, sus bromas y por el apoyo que me brindó para que este sueño pudiera materializarse un día.

Al amor de mi vida, Misael Gutierrez Antonio, por enseñarme a caminar en paz, por motivarme siempre y por todo el amor que recibo.

A la Dra Maria Elena Nieto por su confianza, por su paciencia, por su entereza y por enseñarme que todo es posible con tenacidad.

A mis amigos de la facultad, a mis compañeros, a mis maestros y a mi familia.

A todas y a cada una de las personas que recorrieron este camino junto a mi.

¡Muchas gracias!

## INTRODUCCIÓN

Los hábitos nocivos en odontopediatría, son acciones consecutivas y frecuentes que llegan a dañar el desarrollo natural del niño, llevándolos a cambios físicos estructurales e inclusive con afectaciones psicológicas, por lo que es importante tratarlos, ya que es de primera intención prevenir, pero también tratarlos de manera oportuna.

Los hábitos nocivos que se describen en este trabajo, tienen características fundamentales para detener el adecuado desarrollo de los niños, si bien se ha mencionado el desarrollo craneofacial, lo que puede impedir que el niño tenga un buen funcionamiento fisiológico afectando el desarrollo de huesos de la cara, posición inadecuada y poco funcional de los órganos dentarios, hiper o hipotonía muscular, afectando no solo el estado físico del paciente si no también psicológico.

Es por ello que se desarrollarán cada uno de los hábitos nocivos en este trabajo para así conocer sus características para un buen diagnóstico y un oportuno tratamiento.

Los hábitos nocivos pueden ser pasados por alto dentro del núcleo familiar donde viven, es por ello que para el tratamiento, es indispensable involucrar a los padres o tutores del niño, porque ellos serán una pieza importante en el proceso del tratamiento y resolución del hábito nocivo.

El cirujano dentista debe identificar que tipo de educación y núcleo familiar tiene el paciente para que de esta manera pueda acercarse sin invadir y con toda la intención de ayudar al paciente, una vez identificada la primera parte, el cirujano dentista expondrá el diagnóstico a los padres o tutores a través de medios didácticos para su mejor comprensión y por ende una mejor ejecución.

## OBJETIVO

Describir las estrategias didácticas que emplea el educador para la salud, ante los hábitos nocivos; así como las características generales de los mismos.

# I. GENERALIDADES

## 1.1 Salud

La Organización Mundial de la Salud, la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.<sup>1</sup> Por otro lado, la real academia española, define a la salud: como un estado en el que el ser completamente orgánico tiene la posibilidad de ejercer todas sus funciones.<sup>2</sup>

Hay que destacar que la carta de Ottawa percibe a la salud, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por lo tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.<sup>3</sup>

Una visión más contemporánea y actual de la salud, donde no solo se habla de un bienestar como seres humanos, sino también está implicado el contexto del desarrollo de cada individuo; es decir, la percepción de este complejo proceso de salud, dependerá respecto al universo de creencias, valores y comportamientos dentro del medio sociocultural de cada persona y de sus condiciones materiales de vida.<sup>4</sup>

En la actualidad no se cuenta con una definición específica del concepto de salud, esto depende del contexto desde donde se intente definir, ya que el ser individual engloba demasiadas variables físicas, mentales y sociales.<sup>5</sup>

Es por ello que más que hablar de la salud como un estado, se habla de un estado dinámico, ya que es imposible separar la enfermedad de la salud y estas se relacionan de manera continua a lo largo de la vida. Por lo que es difícil obtener una definición específica del concepto de salud ya que depende del contexto desde donde se intente definir, por que el ser individual engloba demasiadas variables físicas, mentales y sociales.<sup>5</sup>

Otro concepto que se ha intentado incluir en la definición de salud, incluso antes de Hipócrates, es la idea del equilibrio tanto interior como exterior. Un ejemplo de ello es el caso de Alessandro Seppilli, quien en 1971 definió la salud como: “una condición de equilibrio funcional, mental y físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural”.<sup>5</sup> Fig. 1<sup>5</sup>



Fig. 1 Proceso salud enfermedad.<sup>5</sup>



Hay varias definiciones del concepto de salud, así como también existen contextos desde los que se determinan. Sin embargo, es fundamental tener claro el concepto; ya que este posee repercusiones considerables, hay que destacar que la manera en la que cada individuo entiende la salud, representa su visión de la propia vida y es así como enmarcará sus acciones y planes, todos ellos según sea cada concepción.<sup>5</sup>

La salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde un paradigma donde se brinda una perspectiva médica y social, hasta un concepto más global, donde se incluye un contexto biológico social, que engloba al anterior y lo supera. Esta nueva forma de percibir a la salud, reemplaza la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio salud-enfermedad por la de un marco de proceso multicausal.<sup>6</sup>

Por lo tanto este nuevo concepto multifactorial, plantea un escenario para entender las condiciones y las causas de la salud y la enfermedad e incorpora las actividades relacionadas con la salud como parte de las políticas sociales. Por lo que este paradigma debe integrar las perspectivas biomédicas, psicosociales y ecológicas, lo que esto lleva más allá donde se tomaba en cuenta un contexto plano de lo se definía como salud en tiempos anteriores.<sup>7</sup> Marc Lalonde enunció un modelo en 1974, que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores:

**1. El Medio Ambiente:** En el medio ambiente se identifican factores relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente el social. En el ambiente natural los de mayor repercusión sobre la salud se derivan de la contaminación ambiental, sea esta por factores biológicos (microorganismos), físicos (radiaciones, ruidos), químicos (plaguicidas, metales pesados) y los cambios climáticos. Entre los Sociales se destacan las condiciones de vivienda y trabajo; el nivel de escolaridad; el nivel de ingresos económicos y las pautas culturales.<sup>6,7</sup>

**2. Los estilos y hábitos de vida:** los comportamientos y hábitos de vida pueden condicionar negativamente la salud. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social. Entre ellos la inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, sedentarismo, conductas de riesgo en sexualidad. Los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud-enfermedad.<sup>6,7</sup>

**3. El sistema sanitario:** Recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, entre otros, viene condicionado por variables tales como accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, buena praxis, cobertura, entre otros. En los países desarrollados el crecimiento del sector ha sido notable en las últimas décadas y ha tenido una influencia decisiva en los niveles de salud de la población, aunque estudios demuestran que esfuerzos mucho mayores en estos determinantes no lograrían ya el efecto proporcional en salud esperado.<sup>6,7</sup>

**4. La biología humana:** condicionada por la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años.<sup>6,7</sup>

Hay que destacar, que los determinantes sociales de la salud establecen que las condiciones sociales en que las personas viven, influyen fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud. La pobreza, las desigualdades sociales, la discriminación, la vivienda pobre, la inseguridad alimentaria, las condiciones de vida poco saludable en la infancia y la falta de trabajo, son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud.<sup>6,7</sup>

## 1.2 Salud Pública

La salud pública consiste en la conservación de la salud a nivel poblacional; su objetivo principal es mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de hábitos y estilos de vida positivos.<sup>7</sup> Fig. 2



Fig. 2 Conservación de la salud a nivel poblacional.<sup>9</sup>

En 1921, Charles Edwards E. Wilson elaboró la primera definición de salud pública, en la que enfatizó el carácter colectivo primordial en pro de la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud.<sup>4</sup>

En el 2002 la OPS (Organización Panamericana de la Salud), definió a la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar a la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.<sup>4</sup>

Es de gran importancia saber que la salud pública es una disciplina donde confluyen diferentes conocimientos proporcionados por las ciencias básicas y otras disciplinas, para interpretar las relaciones establecidas entre los individuos y sus determinantes expresados como componente biológico.<sup>4</sup>

De hecho se habla de una nueva “salud pública”, cuyo enfoque trasciende la esencia de la biología del individuo. La salud pública, se ve enriquecida por los aportes de otras ciencias y disciplinas sociales que proveen para analizar e interpretar las formas de enfermar, los patrones de enfermedad, así como los patrones de riesgo que determinan enfermedades.<sup>4</sup> Para esto es necesario conocer la estructura y dinámica de la población, analizar el entorno social en sus dimensiones demográficas, económicas y políticas, ya que estas tienen un impacto transformador sobre la salud, por lo tanto la salud pública requiere de un trabajo multidisciplinario <sup>4</sup>, tal como se presenta en la Fig. 3

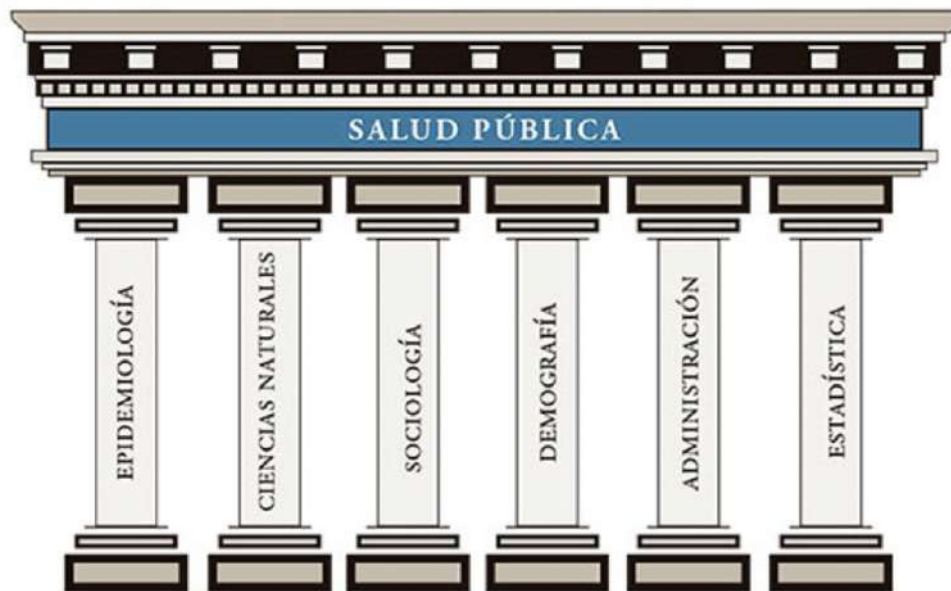


Fig 3. Ciencias y disciplinas auxiliares de la salud pública.<sup>4</sup>

En conclusión la salud pública se definirá como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y , en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, entregándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural.<sup>4</sup>

Las acciones de la salud pública adaptadas al concepto salud-enfermedad, se pueden resumir en: protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, prevención desde la enfermedad, y restauración de la salud.<sup>4</sup>

### 1.3 Salud pública en odontología

La salud pública en odontología, puede definirse como ciencia y práctica de prevenir enfermedades bucales, así como de promover y mejorar la calidad de vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.<sup>7</sup>

Es una ciencia porque se relaciona con el diagnóstico de los problemas de salud, estableciendo sus causas y planificando intervenciones; es práctica porque crea e implementa soluciones efectivas a los problemas de salud bucal de la población.<sup>8</sup> La salud pública en odontología también se relaciona con la promoción de hábitos saludables a nivel comunitario, lo que contrasta con la práctica clínica que opera de modo individual.<sup>7</sup> Fig. 4



Fig. 4. Salud pública en odontología<sup>7</sup>

En la actualidad, para llevar a cabo sus funciones, el trabajo de la salud pública se centra en las siguientes actividades:

- Estudio de enfermedades como fenómenos colectivos.
- Estimación de riesgos de padecer una enfermedad o morir en diversos grupos.
- Garantía de conservación de la salud por medio de intervenciones provenientes del estado.<sup>7</sup>

Asimismo, para cumplir su función, esta disciplina requiere de otras que la enriquecen, como la bioestadística, psicología y sociología; sin embargo, la epidemiología de las enfermedades bucodentales, la prevención y promoción de la salud bucal, y la planificación y manejo de los servicios de salud son las más relevantes en el área.<sup>7</sup>

#### 1.4 Educación para la salud

Lawrence W. Green, investigador en educación para la salud, la define como “cualquier combinación de aprendizajes diseñados para facilitar las adaptaciones voluntarias del comportamiento conductivo para la salud”.<sup>4</sup>

El autor Striffler, F. comenta que la educación para la salud se ha conceptualizado como: “un proceso con dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales relativo a sus actividades que aumentan las capacidades de las personas a tomar decisiones que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario”.<sup>4</sup>

La Carta de Ottawa, 1986 define a la educación para la salud como un instrumento de la promoción de la salud, donde ésta consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.<sup>3</sup>

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, en Diciembre del 2020 en la CDMX definió a la educación para la salud como un proceso de educación y de participación del individuo, paciente y/o familiar; con el fin de adquirir conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva.<sup>8</sup>

La educación para la salud se constituye en un instrumento de la promoción de la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para mejorar la alfabetización sanitaria, incluyendo el avance del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.<sup>7</sup>

Por último, algunos autores señalan que la educación para la salud es un instrumento de promoción de la salud, donde consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.<sup>3</sup>

## 1.5 Hábito

La real academia española define el hábito como un modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.<sup>10</sup>

David Neal, Ph.D. define el hábito como el aprendizaje, de un reflejo del comportamiento, que se desencadena inconscientemente por señales familiares en un contexto de la persona (entorno físico, otras acciones que pueden ser en secuencia y también con frecuencia).<sup>11</sup>

Los hábitos consisten en una acción o en un patrón de comportamiento que se repite. Son frecuentes en la infancia y pueden ser desde comportamientos normalmente benignos y transitorios o hábitos nocivos (p. ej. succión de dedo o labio, onicofagia y bruxismo, entre otros). En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, se señala que los hábitos no constituyen una categoría diagnóstica, porque no se consideran trastornos al no provocar un malestar clínicamente significativo ni un deterioro funcional.<sup>12</sup>



Un hábito también puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente.<sup>13</sup> Estos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer.<sup>14</sup> Como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos o no funcionales.<sup>14</sup>

#### 1.5.1 Hábito funcional

Es aquel que al realizarse correctamente, estimula el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración y la deglución normal. Éstos incluyen funciones normales como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios para hablar.<sup>15</sup>

Son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo. La masticación, la deglución y la respiración normales son ejemplos de ellos.<sup>16</sup>

#### 1.5.2 Hábito disfuncional o nocivo

Este hábito que adquiere el niño es desfavorable y repetitivo, mismo que no es funcional y que pueden llegar a influir en su crecimiento y desarrollo.<sup>16</sup>

#### 1.6 Factores psicosociales

Son aquellos factores con una interacción constante en los diferentes grupos sociales, estos son determinantes a la hora de percibir una situación dentro del entorno. Por ejemplo: La familia, la escuela y la sociedad en general son factores influyentes.<sup>17</sup> Fig 5



Fig 5. Desarrollo psicosocial, "Contexto familiar"<sup>18</sup>

## 2. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LOS NIÑOS

Los niños son por naturaleza dependientes. Se ven influidos de modo importante por otras personas en sus vidas. Viven y se relacionan en el ámbito de la familia, la comunidad y la sociedad; por lo que su salud bucal se ve muy influenciada por cada uno de estos estratos de la vida.<sup>19</sup>

La familia, es un elemento activo y mediador en las relaciones de los individuos con la sociedad. Es el componente estructural más pequeño de la sociedad pero de vital significación.<sup>20</sup>

La salud infantil, se encuentra también bajo la influencia de factores socioeconómicos que actúan a múltiples niveles de la sociedad. Las desigualdades en estos factores socioeconómicos, se traducen en desigualdades en la sanidad infantil, que se ven reflejadas en unas tasas elevadas de enfermedad. De ahí la importancia de llevar a cabo una buena promoción de la salud <sup>19</sup>, como se muestra en la Fig.6.

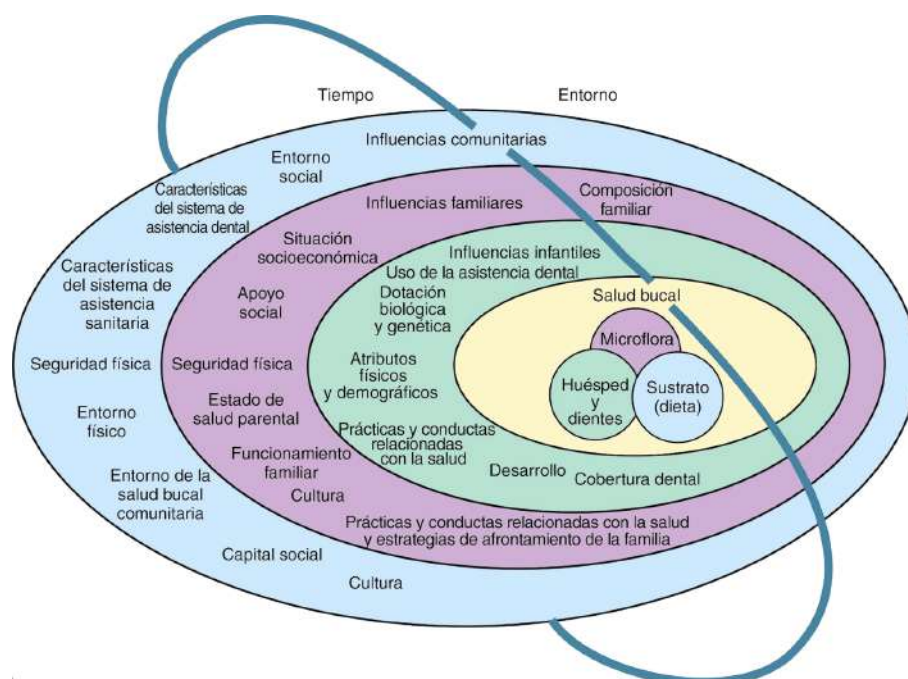


Fig.6 Promoción de la salud bucal infantil a través de intervenciones en el ámbito familiar, comunitario y en toda la sociedad, incluyendo las intervenciones gubernamentales.<sup>19</sup>

Se contemplan varias teorías para el desarrollo psicosocial de los niños, en las cuales destacan varios autores, a continuación se presentarán las teorías y características específicas a cada etapa de desarrollo psíquico, social y conductual de los niños.

Apoyando los puntos de vista de estos teóricos, los estudios antropológicos de diferentes culturas, han mostrado diferencias significativas tanto en los patrones de crianza como en el proceso de progresión del desarrollo, como se presenta a continuación.<sup>21</sup>

## 2.1 Del nacimiento a los 2 años

El médico neurólogo austriaco de origen judío, padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, entre 1913 y 1923 describe en varias etapas el desarrollo del niño, su teoría tiene varias críticas en nuestros tiempos, sin embargo, se considera que es de gran importancia que los acontecimientos y experiencias de la infancia, se ve reflejado en el futuro desarrollo del niño.<sup>22</sup>

Freud desarrolla la fase oral, etapa que describe a los niños del nacimiento al primer año de vida, donde aparecen los primeros intentos por satisfacer la libido. La boca, es una zona en la que se busca el placer. La etapa donde se satisface o se reconoce todo mediante la exploración oral, posterior a esto se presenta la fase anal, que comprende del primer año a los tres años de edad, donde señala que comienza el control de esfínter en la defecación.<sup>22</sup>

Erik Erikson, psicoanalista estadounidense; trabajó sobre el desarrollo psicosocial, el cual representó un avance adicional en el reconocimiento de la importancia de la cultura en el desarrollo psicosocial, tanto en términos de diferencias como de similitudes. Creía en las etapas psicosociales del desarrollo que abarcaban el ciclo de vida total y que estaban determinadas tanto biológica como socioculturalmente.<sup>23,24</sup> Fig. 7



Fig. 7 Desarrollo sociocultural del niño.<sup>25</sup>

Cada etapa tenía tareas comunes, pero tenían variaciones en su expresión y evolución. Su enfoque principal estaba en la adolescencia, que no era una etapa muy bien entendida, ni particularmente significativa en ese momento de la historia.<sup>21</sup>

En la Tabla 1 se representa el “Ciclo Completo de la Vida”, que es una visión general de los estadios psicosociales. Las columnas muestran los aspectos abordados por la teoría, en cuanto a que las líneas (de la tabla) representan los estadios de desarrollo. Las edades son flexibles para cada estadio atendiendo, principalmente, al desarrollo psicosexual y psicosocial de la persona.<sup>26</sup>



ESTADIO	A Estadios y modos psicosexuales	B Crisis psicosociales Sintónica y distónica	C Relaciones sociales significativas	D Fuerzas básicas Virtudes y fuerzas sincrónicas	E Patologías básicas Antipatía y fuerza distónica	F Principios relacionados de orden social	G Ritualizaciones vinculantes - Integrantes (Institución)	H Ritualizaciones Desvinculantes- Desintegrantes (Sistemas Sociales)
I - INFANTE (1 año)	SENSORIO MOTOR - ORAL -RESPIRATORIO	CONFIANZA VS. DESCONFIANZA BÁSICA	PERSONA MA- TERNA Diada	ESPERANZA "Yo soy la esperanza de tener y dar."	DESCONFIANZA Retraimiento	ORDEN CÓSMICO Universo (Religión)	TRASCENDENTE (Religión - Iglesia)	IDOLATRÍA
II - INFANCIA (2 a 3 años)	MUSCULAR- ANAL ENTRENAMEN- TOHIGIÉNICO	AUTONOMÍA VS. VERGÜENZA Y DUDA	PADRES	VOLUNTAD "Yo soy lo que puedo querer libremente."	VERGÜENZA Y DUDA	LEY Y ORDEN (Legal)	JUDICIALES Ley y consciencia (Judiciario)	LEGALISMO
III - PREE- SCOLAR EDAD DEL JUEGO (3 a 5 años)	INFANTIL Genital - loco- motor. Aprendi- zaje sexual	INICIATIVA VS. CULPA Y MIE- DOS	FAMILIA BÁSICA Triada	PROPÓSITO "Yo soy lo que puedo imaginar que seré."	SENTIMIENTO DE CULPA Y MIEDOS Inhibición	PROTOTIPOS IDEALES (Artes)	DRAMÁTICAS Artes, teatro, cine, Mitología (Artes dramáticas)	MORALISMO
IV - EDAD ESCOLAR (6 a 12 años)	LATENCIA	LABORIOSIDAD VS. INFERIORI- DAD	VECINDARIO Y ESCUELA	COMPETENCIA "Yo soy lo que puedo aprender para realizar en el trabajo."	INFERIORIDAD Inercia	ORDEN TECNOLÓGICO (Tecnología)	FORMALES Técnicas (Tecnología)	FORMALISMO
V - ADO- LESCENCIA (12 a 20 años)	PUBERTAD	IDENTIDAD VS. CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	GRUPO DE IGUALES Y otros grupos Modelo de liderazgo	FIDELIDAD - FE "Yo soy lo que puedo creer fielmente".	CONFUSIÓN DE IDENTIDAD Postergar valo- res. Moratoria psicosocial	VISIÓN DEL MUNDO IDEOLOGÍA (Cosmovisión)	IDEOLÓGICAS (Orden ideológico)	TOTALITARISMO (Fanatismo)
VI - ADULTO JOVEN (20 a 30 años)	GENITALIDAD	INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO	COMPAÑEROS de amor y traba- jo. Competencia Cooperación	AMOR "Nosotros somos lo que amamos"	AISLAMIENTO Exclusividad Narcisismo	PATRONES DE COOPERACIÓN Sentido Ético (Asociaciones)	ASOCIATIVAS Solidaridad (Asociaciones abiertas el cerradas)	ELITISMO  Clase
VII - ADULTO (30 a 50 años)	PRODUCTIVI- DAD	GENERATIVIDAD VS. ESTANCA- MIENTO	TRABAJO DIVI- DIDO Familia y hogar compartidos	CUIDADO - CELO: Caridad "Yo soy lo que cuido y celo"	ESTANCA- MIENTO Rechazo	CORRIENTES DE EDUCACIÓN Y TRADICIÓN (Asociaciones)	GENERACIO- NALES Productividad y Creatividad (Familia)	AUTORITARISMO  (Poder degenerado)
VIII - VIEJO (Después de los 50 años)	GENERALIZA- CIÓN de los modos sensoriales	INTEGRIDAD VS. DESESPERANZA	GÉNERO HUMA- NO "Mi género"	SABIDURÍA "Yo soy lo que sobrevive en mí."	DESESPERA- ZA Desdén	SABIDURÍA (Síntesis existencial)	FILOSÓFICAS (Teorías Filosóficas)	DOGMATISMO (Ritualismo)

Tabla 1. "Ciclo Completo de la Vida", según teoría psicosocial de Erikson. <sup>26</sup>

Erickson define la primera etapa que comprende del nacimiento hasta los 18 meses de vida, esta etapa la llamó "Confianza básica vs. desconfianza básica" la cual se describe debido a que el recién nacido obtiene la sensación de satisfacción y de confianza al recibir alimento, confort, energía, afecto de los padres, sin embargo, al no contar con alguno de estos beneficios comienza a conocer la desconfianza básica de la resolución positiva de la antítesis de la confianza versus desconfianza emerge la esperanza, como sentido y significado para la continuidad de la vida, esta fuerza de la esperanza es el fundamento ontogenético que nutre la niñez de una confianza interior de que la vida tiene sentido y que puede enfrentarla: "Yo soy la esperanza de tener y de dar". <sup>21,23,26</sup>

La segunda etapa de Erikson que comprenden de los 3 a los 5 años de edad nombrada "iniciativa versus culpa y miedo - propósito", describe la dimensión psicosexual de la edad preescolar que corresponde al descubrimiento y al aprendizaje sexual (masculino y femenino), la mayor capacidad locomotora y el perfeccionamiento del lenguaje. El arte dramático y el jugar se vuelven el palco de las ritualizaciones de las experiencias existenciales de la niñez. El moralismo será la palabra para designar la internalización de las normas sociales cuando es la forma inhibitoria y culposa. <sup>21,26</sup>

Esta ritualización se expresa en tres niveles diferentes: la primera la denominó autoesfera, estas son las sensaciones del propio cuerpo, el segundo nivel corresponde a la microsfera, es aquello que corresponde a la esfera de los juguetes y el tercer nivel es la macrosfera, que son los actos que corresponden a las relaciones con los otros. <sup>26</sup>

Jean Piaget (1919) dentro de su teoría cognitiva, describe una etapa que comprende del nacimiento a los 2 años de edad, llamándola “Sensoriomotora (El niño activo)” describiendo que el niño se relaciona con el mundo y todo lo que aprende lo emite en un círculo repetitivo, para darle sentido a las cosas que va conociendo y reconociendo.<sup>27</sup>

El teórico Albert Bandura durante la primera parte del siglo XX, define su teoría del conductismo y la teoría social del aprendizaje, sin orientarlo a etapas de desarrollo; sin embargo, declara que los seres humanos se distinguen de los animales inferiores por las habilidades cognitivas que les permiten moldear su entorno y no ser moldeados únicamente por él, siendo la autoeficacia la creencia central que impulsa a los humanos como agentes efectivos.<sup>28</sup>

En la teoría del aprendizaje social, Albert Bandura (1969) está de acuerdo con las teorías del aprendizaje conductista del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, sin embargo, agrega dos ideas importantes:

1. Los procesos mediadores ocurren entre estímulos y respuestas.
2. El comportamiento se aprende del medio ambiente a través del proceso de aprendizaje observacional.<sup>29</sup>

Por otro lado la teoría biológica y maduracional de Arnold Gesell (1925), de igual manera no está orientado en etapas de desarrollo, sus investigaciones se centraron en averiguar cómo se daba el desarrollo durante la infancia y la adolescencia, tanto en niños sin psicopatología alguna como aquellos quienes mostraban un patrón de aprendizaje y desarrollo diferente al esperado.<sup>30,31</sup>

Un ejemplo claro, es sobre los padres de niños sordos, se identificó en un artículo que los padres sordos con hijos sordos no tienen un retraso de aprendizaje social, mientras que los niños sordos de padres sanos tienden a retrasar su aprendizaje y desarrollo psicosocial.<sup>32</sup>

La gran pedagoga, médica, psicóloga y psiquiatra italiana, María Montessori (1907), decidió desarrollar las etapas con una investigación científica de la Teoría del aprendizaje significativo con niños.<sup>33</sup>

La Dra. Montessori identificó cuatro fases o planos del desarrollo que representan períodos evolutivos del ser humano y permiten explicar su comportamiento. Cada una de estas etapas, con duración de seis años, está marcada por necesidades distintas, pero todas ellas están interconectadas.<sup>33</sup>Fig 8.

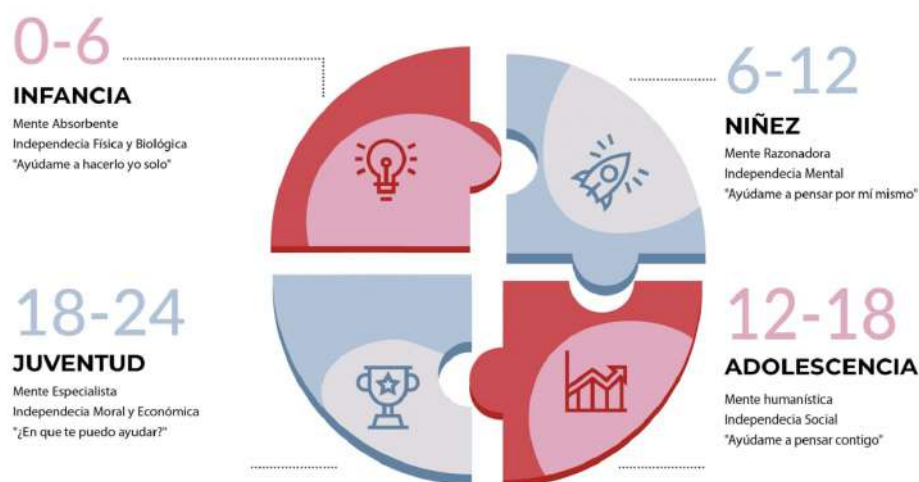


Fig. 8 La teoría de María Montessori, se divide en 4 etapas que se ensamblan una con la otra<sup>33</sup>

Montessori (1907) describe la primera etapa que contempla del inicio de vida a los seis años y la divide en dos etapas; la mente absorbente (0-3 años) y la mente consciente (3-6), la destaca como un periodo de autoconstrucción y adaptación.<sup>33</sup>

Los primeros 3 años se caracterizan por una intensa absorción. Se produce la mente inconsciente, en la que el niño adquiere conocimientos como si su mente fuera una esponja, que absorbe inconscientemente la información de los estímulos externos. Igualmente en esta parte de este periodo, Montessori describe varias sensibilidades que los niños desarrollan de manera psicosocial a esta edad.<sup>33,34</sup>

**Sensibilidad al orden:** aparece en el primer año, incluso en el primer mes, y continúa hasta los dos años. Los bebés luchan por clasificar y categorizar todas sus experiencias y les es más fácil hacerlo si hay un orden en su vida. (destacar en presentación)<sup>35</sup>

**Sensibilidad al lenguaje:** capacidad que se desarrolla desde que nace. Hacia los seis años, casi sin ninguna enseñanza directa, el niño ha adquirido un amplio vocabulario, patrones básicos de las frases, las inflexiones y el acento del lenguaje. María Montessori, creía especialmente importante que los adultos conversen con los niños durante este período, dándoles todo tipo de oportunidades de aprender nuevas palabras.<sup>35,36</sup>

**Sensibilidad a los aspectos sociales de la vida:** Entre los dos años y medio y los tres años, surge espontáneamente la necesidad de relacionarse con sus iguales para satisfacer sus impulsos internos.<sup>33,34</sup>

**Sensibilidad a aprender a través de los sentidos:** desde el nacimiento los niños tienen activos los sentidos de la vista y el oído. A medida que se desarrolla el movimiento desarrollan el sentido del tacto, seguido del gusto. Montessori, recomendaba llevar al bebé siempre cerca del adulto para que pueda ver y oír todo lo que sucede a su alrededor.<sup>33</sup>

Resumiendo, las características que se desarrollan en esta etapa de vida, de acuerdo a Montessori las más importantes son:

- Desarrollo del movimiento grueso y fino
- Desarrollo del lenguaje
- Necesidad del orden
- Importancia de las experiencias sensoriales que favorecen la inteligencia.<sup>36</sup>

## 2.2 De 2 a 6 años

Freud (1913 y 1923), describe la fase fálica, etapa que transcurre entre los 4 y 6 años, habla del descubrimiento de los órganos sexuales de los niños, a causa de la constante exploración; cosa que es reprimida por los padres, por estética y moral, el niño debe adaptarse a tal imposición. En esta etapa descubren la diferencia de los sexos.<sup>22</sup>

Jean Piaget (1919), presenta el “Estadio pre operacional” que comprende de los 2 a los 7 años de edad. Comienza la comunicación del niño con el uso de símbolos, emplea palabras cortas, inicia con el juego simbólico, adquiere el pensamiento representacional, mismo que le permite obtener lenguaje, son curiosos e intuitivos, el egocentrismo es quien rige en esta etapa, ya que conoce y evoluciona a partir del yo, de todo lo que él identifica.<sup>27</sup>

Montessori (1907), presenta la sub etapa entre los 3 y los 6 años, donde hay una mayor consolidación y perfeccionamiento. Habla de mente consciente, porque la mente del niño toma conciencia, y lo hace a través del movimiento.<sup>33,34</sup>

Montessori, se dio cuenta de que los niños parecen pasar por fases en las que repiten una actividad una y otra vez, sin ninguna razón aparente, tal como ya lo había descrito Jean Piaget; por lo que concluye que un niño al ser reprimido de estas acciones, puede provocar una rabieta ya que siente frustración al no concluir el círculo de aprendizaje que comenzó.<sup>35</sup>

## 2.3 De 6 a 12 años

Freud, describe el comportamiento que comprende de los 6 a los 7 años, siendo esta fase la de latencia, que se caracteriza por no tener una zona erógena concreta asociada y, en general, por presentar una congelación de las experimentaciones en materia de la sexualidad. Continúa la fase genital; de la pubertad y se prolonga en adelante relacionada con los cambios físicos que acompañan la adolescencia.<sup>22</sup>

Erikson define su tercera etapa como: industria versus inferioridad - competencia, la cual comprende de los 6 a los 12 años de edad, es este período de la latencia disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose los intereses por el grupo del mismo sexo. La niñez desarrolla el sentido de la industria, para el aprendizaje cognitivo, para la iniciación científica y tecnológica; para la formación del futuro profesional, la productividad y la creatividad.<sup>21</sup>

En este periodo Jean Piaget presenta la etapa “Operaciones Concretas”, en la cual, el niño comienza a utilizar las operaciones mentales y la lógica, para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente. Su pensamiento comienza a tener mayor flexibilidad, utiliza en conjunto las tres primeras etapas.<sup>27</sup>

Es importante destacar, las aportaciones de María Montessori en este periodo, ya que describe una etapa de mayor estabilidad, misma que sucede de los 6 a los 12 años. Se trata de una etapa en la que despunta la capacidad de imaginar, despierta el sentido moral, aparece el deseo de ampliar tanto el entorno familiar como el escolar.<sup>33</sup>

Los niños se interesan tanto por sus compañeros, como por entender el mundo que los rodea, se plantean preguntas como: ¿quién soy? ¿de dónde vengo? ¿de dónde viene todo lo creado?. En este plano se habla de la mente razonadora. La autora define que es el momento ideal para introducirlos a la cultura y ofrecer una variedad de aprendizajes relacionados con diferentes áreas del conocimiento.<sup>33,34</sup>

Tabla 2,3 y 4. resumen de la clasificación de las teorías del desarrollo psicosocial, presentadas por Freud, Erikson, Piaget, Bandura, Gesell y Montessori, a través del tiempo.<sup>21,22,27,28,29,30,31,32,33,</sup>

AUTOR	CLASIFICACIÓN DE TEORÍA	EDAD	DESARROLLO DE TEORÍA
SIGMUND FREUD	Teoría de base dinámico-relacional	0 - 1 AÑO	FASE ORAL: Aparecen los primeros intentos por satisfacer la libido, la boca es la principal zona en la que se busca el placer. La etapa donde se satisfase o se conoce todo mediante la exploración oral.
		2 - 3 AÑOS	FASE ANAL: Comienza el control de esfínter en la defecación.
		3 - 6 años	FASE FÁLICA: Zona erógena son los genitales. De este modo, la principal sensación placentera sería orinar, pero también se originaría en esta fase el inicio de la curiosidad entre las diferencias entre niños y niñas
		6 - 7 años	FASE LATENCIA: Se caracteriza por no tener una zona erógena concreta asociada y, en general, por presentar una congelación de las experimentaciones en materia de la sexualidad
		7 años en adelante	FASE GENITAL: De la pubertad y se prolonga en adelante relacionada con los cambios físicos que acompañan la adolescencia.
ERIK ERIKSON	Teoría cognitiva	0 - 18 meses	Etapa 1. Confianza básica vs. desconfianza básica.
		18 meses - 3 años	Etapa 2. Autonomía vs. vergüenza y duda.
		3 - 6 años	Etapa 3. Iniciativa vs. culpa
		6 - 12 años	Etapa 4. Industriosidad vs. inferioridad.

Tabla 2. Clasificación de teoría de Freud y Erikson en etapas de desarrollo psicosocial.<sup>21,22</sup>

JEAN PEAGET	Teoría cognitiva	0 - 2 años	Sensoriomotora (El niño activo): Se relaciona con el mundo y todo lo que aprende lo emite en un círculo repetitivo para darle sentido a las cosas que va conociendo y reconociendo.
		2 - 7 años	Preoperacional (el niño intuitivo): Comienza la comunicación del niño con la empleabilidad de símbolos, comienza con palabras cortas, comienza con el juego simbólico, pensamiento representacional le permite obtener lenguaje, son curiosos e intuitivos, el egocentrismo es quien rige en esta etapa, ya que conoce y evolucionar a partir del yo, de todo lo que el conoce.
		7 - 11 años	Operaciones Concretas (El niño práctico): El niño comienza a utilizar las operaciones mentales y la lógica, para reflexionar sobre los hechos y los objetos de su ambiente. Su pensamiento comienza a tener mayor flexibilidad, utiliza en conjunto las tres primeras etapas.
		11 - 12 años	El estadio de las operaciones formales (El niño reflexivo): Comienza un sistema coherente de lógica formal, El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proposicional, al razonamiento científico y el razonamiento proporcional.

Tabla 3. Clasificación de teoría de Jean Piaget, en etapas de desarrollo psicosocial. <sup>27</sup>

ALBERT BANDURA	El conductismo y la teoría social del aprendizaje	No está orientado en Etapas	Los humanos se distinguen de los animales inferiores por las habilidades cognitivas que les permiten moldear su entorno y no ser moldeados únicamente por él, siendo la autoeficacia la creencia central que impulsa a los humanos como agentes efectivos.
ARNOLD GESELL	Teoría biológica y maduracional	No está orientado en Etapas	Sus investigaciones se centraron en averiguar cómo se daba el desarrollo durante la infancia y la adolescencia, tanto en niños sin psicopatología alguna como aquellos quienes mostraban un patrón de aprendizaje y desarrollo diferente al esperado.
MARÍA MONTESORÍ	Teoría del aprendizaje significativo	0 - 6 años	Caracterizado por la <b>mente absorbente</b> del niño, la cual toma o absorbe todo los aspectos, buenos y malos, del ambiente que lo rodea, el lenguaje y la cultura.
		6 - 12 años	El niño posee una <b>mente razonadora</b> , para explorar el mundo con su imaginación y pensamiento abstracto.
		12 - 18 años	El adolescente tiene una <b>mente humanística</b> deseosa de entender la humanidad y la contribución que él mismo puede hacer a la sociedad.

Tabla 4. Clasificación de teorías de Albert Bandura, Arnold Gesell y María Montessori, describen características del desarrollo psicosocial. <sup>28,29,30,32,33</sup>

### 3. Hábitos nocivos en odontopediatría

Los hábitos bucales nocivos en odontopediatría, pueden alterar la función y equilibrio normal de los dientes y maxilares; éstos, definen las reacciones automáticas que los niños manifiestan en momentos de estrés, puede ser: por falta de atención de sus padres, imitación de hábitos, malos hábitos alimentarios adquiridos en el medio donde conviven, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Estos se relacionan con factores ambientales, que multiplican su acción deformante <sup>38</sup>, tal como se muestra en la fig. 9.



Fig. 9 Hábito nocivo - Succión de dedo.<sup>40</sup>

Los hábitos bucales se clasifican de la siguiente manera:

La forma:

- Hábitos beneficiosos o funcionales: son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración nasal y la deglución normal.
- Hábitos perjudiciales o nocivos: son los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.<sup>39</sup>

El momento:

- Hábitos clínicamente no significativos: se presentan en edades y momentos que por no producir alteraciones y no requerir tratamiento, no se traducen en problemas clínicos.<sup>39,41</sup>
- Hábitos clínicamente significativos: se presentan en edades y en un grado de severidad tal, que reclaman de su atención y tratamiento, por cuanto generan anomalías bucales ocasionalmente severas.<sup>41</sup>

La frecuencia e intensidad:

- Hábitos no compulsivos: son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia.
- Hábitos compulsivos: es cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con el mismo, al extremo que acude a su práctica cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad.<sup>39,41</sup>

## Etiología de los hábitos nocivos.

De acuerdo a Moyers, “los hábitos tienen su origen dentro del sistema nervioso central, puesto que son patrones de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden”.<sup>39,41</sup>

Clasificación de hábitos de acuerdo a su etiología:

- Factores locales, tales como las interferencias oclusales que originan anomalías del sistema estomatognático, cambios en la dentición, maloclusiones, entre otros.
- Factores sistémicos, como la presencia de parásitos intestinales y también algún tipo de deficiencia nutricional.
- Factores psicológicos, relacionados con presiones emocionales, físicas o psíquicas, entre los cuales están: trastornos emocionales<sup>39,41</sup>

### 3.1 Deglución Atípica

Cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, se habla de deglución atípica o disfuncional; llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faringolaríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones.<sup>42,43,44</sup>

La causa de la deglución atípica es multifactorial, su origen puede ser por distintas causas y algunas de ellas pueden ser: hábitos orales dañinos (hábitos de succión digital o uso de chupón prolongado, morderse las uñas, bruxismo), lactancia artificial prolongada (biberón), papillas más allá del año de edad, que evitan la masticación y el correcto desarrollo de los músculos y huesos, frenillo lingual corto, también factores genéticos que pueden afectar la morfología del paladar o de las vías respiratoria, respiración oral/bucal, problemas otorrinolaringológicos, como son: rinitis alérgica, hipertrofia amigdalara o adenoidea, o cualquier obstrucción que dificulte la respiración nasal, postura adelantada de la cabeza, factores psicológicos, como sobreprotección de los padres, trastornos del sueño, del apetito y de la conducta.<sup>42,43,44</sup>

La valoración del acto de deglución incluye la observación y palpación de los movimientos del paciente, tanto con líquidos como con sólidos y, en cada una de las fases de la misma, sobre todo en la fase bucal que es donde aparecen tensiones y desequilibrios. Para diagnosticar una deglución atípica se debe observar en el paciente la presencia de: una posición atípica de la lengua, falta de contracción de los músculos maseteros, participación de la musculatura peribucal con presión del labio y movimientos con la cabeza, como deberá ser el tamaño y tonicidad de la lengua, si existe babeo nocturno, dificultad de ingerir alimentos sólidos, alteraciones en la fonación, con dificultad para pronunciar los fonemas d, t, s, h, y por último si presenta acumulación de saliva al hablar.<sup>42,43,44</sup> Fig. 10





Fig. 10 Paciente infantil con deglución atípica.<sup>44</sup>

Se describe a este hábito nocivo como una presión atípica de la lengua por interposición lingual; la cual puede ser anterior o lateral para algunos autores, puede ser producto de alteraciones neuromusculares (Strauss); para Moyer puede ser como consecuencia de una retención de la deglución infantil o visceral, todo esto trae como consecuencia maloclusión presión labial y por ende problemas en la fonación, la contracción de la musculatura perioral caracterizada por rictus Laterales desde el ala de la nariz hasta la comisura labial, presión labial con interposición del labio inferior, se aprecia hipotonicidad de este labio provocando una maloclusión clase II.<sup>45</sup>

Contracción de los maseteros y temporales, provocando hipertonia mentoniana e hipotonía del labio superior, movimiento de la cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides, alteración de los fonemas siendo los más alterados los fonemas l, n, t, d, s, z.<sup>45</sup>

Aumento del volumen de la lengua, es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características. Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca, el paciente escupe con mucha frecuencia con dificultad para deglutir con los labios separados.<sup>45</sup>

La deglución atípica se divide en: deglución atípica del labio y de la lengua con 4 tipos:<sup>46</sup>

1. Deglución Atípica labio inferior y superior.
2. Deglución con presión atípica de la lengua:

Tipo I: no causa deformación.

Tipo II: con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: mordida abierta anterior, mordida abierta y vestibuloversión, mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

Tipo III: con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares. Las deformaciones resultantes son: mordida abierta lateral, mordida abierta lateral y mordida cruzada.

Tipo IV: con presión lingual anterior y lateral

En la tabla 4, 5 y 6 se resumen los tipos de deglución atípica, con características, deformaciones y tratamiento respectivos.<sup>46,47,48,49</sup>

Tipo	Subtipo	Deformación	Características	Tratamiento
Con presión atípica del labio	Interposición labial inferior	Los incisivos inferiores proyección lingual, incisivos superiores proyección vestibular, labio superior hipotónico y corto, labio inferior hipertónico junto con los músculos del mentón y favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.	Paciente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.	Lip Bumper, placa de levantamiento de la mordida anterior y aparato extrabucal.
	Interposición del labio superior			Placa labio activa o Lip Bumper.

Tabla 4. Descripción integral de la deglución atípica del labio,<sup>46,47,48,49</sup>

Tal como se menciona en la tabla 4, el tratamiento para la deglución atípica con presión atípica del labio inferior es un Lip bumper, el cual es un aparato ortodóncico con acción ortopédica que puede ser usado sólo o en conjunción con aparatología fija. Restringe la acción indeseada de los músculos de los labios y carrillos hipertónicos, causantes de maloclusión e induciendo a un reacondicionamiento muscular.<sup>50</sup>



Fig. 11 Lip Bumper<sup>51</sup>

Tipo	Sub Tipo	Deformación	Características	Tratamiento
Con presión atípica de lengua	Tipo I: no causa deformación.	Sin deformación		Sin tratamiento
	Tipo II con presión lingual anterior:			
	1	Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocluídos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.	La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: mordida abierta anterior, mordida abierta y vestibuloversión, mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior.	Aparato removible impredidor, placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucaat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes, puede tener un tornillo expansor mediano ó un Resorte de Coffin, con la finalidad de des cruzar la mordida posterior.
	2	Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión)		
3	Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.			

Tabla 5. Descripción integral de la deglución atípica de lengua Tipo I y II.<sup>46,47,48,49</sup>

Tipo	Sub Tipo	Deformación	Características	Tratamiento
Con presión atípica de lengua	Tipo III con presión lingual lateral:		La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares. Las deformaciones resultantes son: mordida abierta lateral, mordida abierta lateral y mordida cruzada.	Esta vez la rejilla impeditora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador.
	1	Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.		
	2	Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado		
	Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:		Se combinan los tipos II y III	
	1	Mordida abierta anterior y lateral		
	2	Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión		
	3	Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior		

Tabla 6. Descripción integral de la deglución atípica de lengua Tipo III y IV. <sup>46,47,48,49</sup>

### 3.2 Onicofagia

La onicofagia, del griego onyx uña y phagein comer, se define como una costumbre de comerse las uñas con los dientes, que puede provocar heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones.<sup>52,53</sup> La onicofagia es una parafunción prevalente en niños. Está relacionada a la tensión psíquica, por lo cual el sujeto puede presentar el hábito parafuncional de manera continua o por períodos exacerbados por estrés.<sup>54</sup>

Morderse las uñas se clasifica actualmente como un trastorno del control de los impulsos no especificado de otra manera. Aunque rara vez se considera un síntoma principal, morderse las uñas a menudo se asocia con complicaciones somáticas y una disminución de la calidad de vida.<sup>55</sup>

La onicofagia, el hábito nocivo de comerse las uñas es un acto adquirido por la experiencia de la acción repetitiva del niño, es dañino para los órganos dentales o en sí en general para el sistema estomatognático, ya que produce lesiones en las manos y en el sistema masticatorio; labios, lengua y encía.<sup>56</sup> Fig 13



Fig 13. Alteraciones ocasionadas por la onicofagia, A. Alteración a nivel bucal, donde se observa desgaste dental. B. Alteraciones en uñas y piel.<sup>56</sup>

El origen de este hábito nocivo pueden ser regularmente antecedentes familiares con onicofagia, al menos uno de los miembros de la familia y en la mayoría de los casos son los responsables del niño, de quien este mismo aprende este tipo de conductas, otro factor que puede desencadenar este hábito, son trastornos psicológicos como los son el estrés, la ansiedad o enfermedades psiquiátricas como el déficit de atención e hiperactividad.<sup>57</sup>

Las consecuencias bucales que puede llegar a tener la onicofagia en los niños, se ve reflejado en el desarrollo de la posición de los dientes por lo que hay interferencia para la erupción, debida a la constante manipulación de los dedos contra los dientes, además de que si se realiza por un tiempo prolongado, puede inducir a una reducción del espacio articular y es posible producir una compresión discal.<sup>56,57</sup>

Las características más comunes es el desgaste gingival, dentario; presentando abrasión, atrición y erosión, su tratamiento es muy importante ya que como un hábito repetitivo es necesario tratarlo desde el ámbito psicológico, donde se brindarán las herramientas necesarias para cambiar un hábito por otro funcional o bien una técnica de autocontrol.<sup>56,57</sup>

### 3.3 Respirador oral

La respiración fisiológica suele verse afectada por problemas anatómicos o funcionales, provocando que el ciclo respiratorio se inicie no solo por la nariz sino también por la boca, a estos pacientes podemos llamarles respiradores orales.<sup>58</sup>

El cambio de la respiración nasal a la bucal puede tener consecuencias clínicas graves. Los niños con diagnóstico clínico de respiración bucal suelen estar pálidos, apáticos y con falta de concentración y con frecuencia se cansan. Los trastornos resultantes de la hipoxia también pueden ser la razón de los trastornos del sueño, como despertares frecuentes, nicturia, dificultades para conciliar el sueño.<sup>59</sup>

Las principales manifestaciones clínicas de la respiración bucal aparecen en las estructuras craneofaciales. Las personas que respiran por la boca sufren con frecuencia de maloclusiones dentales y anomalías óseas craneofaciales. La tensión muscular crónica alrededor de la cavidad oral podría resultar en la ampliación del ángulo craneovertebral, la posición posterior de la mandíbula y el arco maxilar estrecho. Entre las alteraciones dentarias las más comunes son la maloclusión clase II (total o parcial) con protrusión de los dientes anteriores, mordida cruzada (unilateral o bilateral), mordida abierta anterior y dientes temporales apiñados.<sup>59</sup> Fig. 14



Fig 14. Paciente de ortopedia. Clínica Periférica Oriente Feb 2020, con características de respirador bucal.

Aparte de la maloclusión, la gingivitis crónica, la periodontitis, las infecciones por *Candida* y la halitosis se presentan con frecuencia en pacientes que respiran por la boca.<sup>59</sup>

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.<sup>49</sup>

Hábitos bucales, como la deglución, atípica, interposición lingual, succión del pulgar entre otros.

Para poder rehabilitar a los niños con respiración oral, 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, 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.<sup>60</sup> Fig 15



Fig. 15 Ejercicio de fortalecimiento muscular, al respirar solo por la nariz y exhalar por la boca.<sup>61</sup>

Ejercicios miofuncionales para la rehabilitación del respirador oral:

Trozo de tela

Objetivo: Lograr sellado labial.

Descripción: El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela, sin apretarlos. La lengua debe estar en posición correcta (contra la papila palatina). Se deberá estar seguro que la tela esté sostenida con los labios y no con los dientes, comenzar con períodos de 1 minuto e ir aumentando hasta llegar a 10 minutos o hasta que esta conducta se convierta en un hábito, está indicado para pacientes con Insuficiencia nasal respiratoria, pacientes que no logran el sellado labial anterior, para trabajar la posición de reposo de los labios y lengua.<sup>49</sup>



### 3.4 Succión nutritiva

#### 3.4.1 Amamantamiento

Es la principal manera de recibir alimentación y requiere la habilidad de integrar la respiración, succión y deglución para una alimentación coordinada, estando involucrados nervios craneales, tronco cerebral y corteza. Es el proceso de obtener nutrición.<sup>62</sup>

La succión sucede por un mecanismo de bomba. La biomecánica de la succión está basada en dos aspectos: compresión y extracción. Cuando la lengua presiona el biberón contra el paladar genera presión positiva que se conoce como compresión. La extracción se realiza por una presión negativa, cuando la cavidad oral genera vacío al producir un sello anterior (lengua-encía) y otro posterior (base de la lengua-paladar) con la consecuente extracción de la leche, este proceso es necesario durante la alimentación al seno para obtener la leche y prevenir que el pezón se suelte.<sup>62</sup> Fig. 16



Fig. 16 Alimentación de seno materno.<sup>63</sup>

La coordinación de la succión y la deglución es necesaria para un buen funcionamiento de la lactancia, y la anatomía oral del bebé está diseñada para ello. La laringe del bebé es más alta que la del adulto, y va descendiendo a medida que crece, lo que hace que sus tractos respiratorio y digestivo estén más separados. Esto, a su vez, facilita la coordinación de la succión y la deglución con la respiración durante los primeros meses de vida, evitando los atragantamientos y optimizando todo proceso.<sup>64</sup>

Cuando el bebé se dispone a succionar, no sólo debe abrir la boca, sino también realizar una compleja coreografía para conseguir una succión adecuada y una buena transferencia de leche. El bebé activa el reflejo de búsqueda (se produce al rozar sus mejillas o sus labios con cualquier objeto) ocurre lo siguiente: la lengua se sitúa encima de la encía inferior, protruye por encima de la encía y se acomoda formando una U. El maxilar inferior se eleva y dirige la areola y el pezón hacia unos milímetros más adelante del punto en el que se unen el paladar duro y el blando. Las succiones cortas y repetitivas activan el reflejo de eyección de la leche.<sup>64</sup>

### 3.4.2 Caries por alimentación temprana

Es una enfermedad que afecta a los niños en las primeras etapas de la vida. Se trata de la aparición brusca de caries en los incisivos superiores, caninos y molares temporales, relacionada con la succión prolongada del chupón o biberón impregnados en sustancias cariogénicas.<sup>65</sup>

La caries por alimentación temprana, es una forma severa y particular de caries, de carácter multifactorial, que afecta la dentición primaria de lactantes y niños pre-escolares. Constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial, siendo más prevalente en países en vías de desarrollo y subgrupos desprotegidos de países industrializados como inmigrantes, minorías étnicas o comunidades rurales.<sup>66</sup>

Una característica importante es que no afecta a los incisivos inferiores, debido al papel protector de la posición lingual durante la succión. Estas lesiones producen dolor al comer, al beber e incluso al dormir, causando en el niño diferentes trastornos nutricionales y del sueño, así como un enlentecimiento en su crecimiento. Generalmente no se presta demasiada atención a la salud dental en niños pequeños, porque la dentición primaria no se considera tan importante como la definitiva.<sup>67</sup> Fig. 17



Fig. 17 Caries por alimentación temprana.<sup>68</sup>

El tratamiento variará, según se trate de dientes anteriores o posteriores. Las de dientes posteriores han de tratarse con obturaciones o incluso con coronas metálicas, con el fin de mantener el espacio de recambio dentario y restablecer la función masticatoria.<sup>66</sup> En algunos casos, el tratamiento más indicado es la extracción seguida de la colocación de un mantenedor de espacio. Los dientes que más se extraen son los incisivos superiores, seguidos de los primeros y segundos molares.<sup>65</sup>

### 3.5 Succión no nutritiva

Como hábitos de succión no nutritiva se conocen a todos aquellos que, mediante la succión, no cumplen una finalidad alimentaria (como sería la lactancia) sino que buscan un placer en el instinto primario de succión.<sup>69</sup> Fig.18



Fig. 18 Succión labio inferior, representante succión no nutritiva.<sup>70</sup>

### 3.5.1 Succión de dedo

La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo. La succión podría explicarse en 3 etapas:

Etapa I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico), desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete. Esta succión se resuelve de manera natural.<sup>71</sup>

Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativo): de los 3 años a los 6 ó 7 años de edad. Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital, por lo que se sugiere definir programas de corrección.<sup>71</sup>

Etapa III (Succión del pulgar no tratada): cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión, requiere tratamiento ortodóncico y psicológico.<sup>49</sup>

Existen diferentes posiciones del dedo, normalmente el pulgar, en dicha succión; la más usual (50%) consiste en introducir el pulgar profundamente, tocando el paladar plenamente y los incisivos inferiores están en contacto en su borde incisal con el nudillo del pulgar, los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral.<sup>72</sup>

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.

<sup>49,71</sup> Fig.19





Fig. 19 Succión de dedo pulgar.<sup>73</sup>

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.<sup>72, 74</sup>

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.<sup>72</sup>

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos antero inferiores.<sup>74</sup>

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.<sup>72</sup>

Las características de las consecuencias de este hábito nocivo son: protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas), retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador), mordida cruzada posterior, dimensión vertical aumentada.<sup>49</sup>

Como tratamiento está sugerido Quad Helix Antidedo. Aparato de ortodoncia metálico fijo, consiste en dos bandas molares soldados a una parrilla de alambre, que impide que el dedo toque el paladar con lo cual no se puede hacer el vacío para la sujeción del dedo contra el paladar.<sup>49</sup>

### 3.5.2 Succión de labio

En los casos de pacientes con succión del labio inferior, el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, dejando los incisivos superiores entre los labios. El labio superior es hipotónico, lo que sumado a la fuerza muscular del labio inferior hipertónico interpuesto entre dientes superiores e inferiores, produce una proyección anterior de los incisivos superiores.<sup>74</sup>

En el labio inferior se produce una contracción intensa de los músculos cuadrados del labio. Hay ocasiones en que incluso ambos músculos se unen a través de tejido fibroso lo cual dificulta el desplazamiento anterior del proceso dentoalveolar mandibular, generando una falta de desarrollo anterior de la arcada inferior.<sup>74</sup>

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet.<sup>74</sup> Fig



Fig.20 Características clínicas en paciente infantil con hábito de succión de labio <sup>75</sup>

Esta alteración anatómica produce a nivel dentoalveolar, un efecto similar al de la succión digital, es decir una protrusión superior y una retrusión dentaria y mandibular. Es común que estos pacientes con interposición del labio inferior presenten ciertas características faciales comunes como un surco mentolabial marcado, un cierre labial forzado, músculos orbiculares de los labios hipertróficos y un crecimiento mandibular horizontal. A nivel intraoral se observan incisivos superiores protruidos e incisivos inferiores retruidos, y un overjet aumentado.<sup>71</sup>

El tratamiento puede ser el uso de un arco con un Lip Bumper, este aparato va influenciar favorablemente el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes anteroinferiores, se produce una expansión espontánea de dicha arcada.<sup>75</sup>

Es un aparato que se utiliza en los pacientes con interposición de labio inferior o succión de labio, diseñado para separar los tejidos del labio inferior, de la cara vestibular de los incisivos inferiores, permitiendo una reeducación neuromuscular del labio, adoptando éste un mejor posición, para no presionar ni interferir con los incisivos inferiores, y de esta forma facilitar el cierre labial. Puede ser adosado a un aparato removible o se puede soldar de manera fija a bandas cementadas en los molares inferiores.<sup>71</sup>

### 3.6 Bruxismo

El bruxismo es una actividad muscular mandibular repetitiva, caracterizada por apretar y contraer los dientes unos contra otros. Se considera un fenómeno regulado por el sistema nervioso central, principalmente, e influido por factores periféricos. Tiene 2 manifestaciones circadianas distintas: puede ocurrir durante el sueño; indicado como bruxismo de sueño o durante la vigilia; como bruxismo despierto.<sup>74</sup>

La Clasificación Internacional de trastornos del sueño estableció que el BS pertenece al grupo de los trastornos del movimiento oromandibular, y lo define como un movimiento mandibular estereotipado, relacionado a una actividad muscular que ocurre durante el sueño, denominada actividad muscular masticatoria rítmica de los músculos mandibulares, con contacto dentario, mediante sus variantes de rechinar.<sup>74,75,76</sup>

Se considera un fenómeno regulado principalmente por el sistema nervioso central, puesto que sucede posterior a una secuencia de eventos fisiológicos autonómicos que podría tener un rol putativo en el mantenimiento y lubricación de la vía aérea superior durante el sueño.<sup>74,76,77</sup>

El bruxismo es mucho más que solo el desgaste que podemos observar en los dientes: de hecho, se asocia con dolor orofacial, cefaleas, trastornos del sueño, trastornos respiratorios durante el sueño como el síndrome de apnea e hipoapnea del sueño, trastornos del comportamiento o asociados al uso de fármacos, trastornos temporomandibulares.<sup>75</sup> Fig 21



Fig 21. Bruxismo nocturno.<sup>77</sup>

Además, se ve influido por factores psicosociales y posturales, lo que indica que parafunciones oromandibulares, los trastornos temporomandibulares, la maloclusión, los altos niveles de ansiedad y de estrés, entre otros, podrían influir en la ocurrencia de bruxismo. Su etiología es considerada hoy como multifactorial.<sup>74</sup>

Para el diagnóstico del bruxismo del sueño es necesario el reporte de rechinar dentario, estado clínico compatible y confirmación por medio de una polisomnografía en la cual se mide la actividad electromiográfica de los músculos masticatorios, asociada a rechinar confirmado mediante registros de audio y video, durante el sueño.<sup>74</sup>

En niños, el método clínico más confiable para diagnosticar bruxismo sigue siendo el basado en el reporte de rechinar de estos por parte de sus padres o cuidadores, además de las características clínicas que se observan en boca, como son desgaste oclusal en dientes posteriores, además de la fatiga por un sueño no completo y dolor que puede referir el niño en los músculos y dolor de cabeza.<sup>78</sup> Fig. 22



Fig. 22 Desgaste oclusal.<sup>74</sup>

Para este tipo de hábito nocivo están indicadas las férulas oclusales, que son aparatos removibles elaborados normalmente con resina dura de acrílico, que se ajustan la mayoría de las veces sobre las piezas dentarias del maxilar superior para establecer un determinado esquema oclusal. Este tratamiento, considerado no invasivo y reversible.<sup>80</sup>

#### 4. EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LOS HÁBITOS NOCIVOS EN ODONTOPEDIATRÍA.

##### 4.1 Identificación y exposición del hábito nocivo.

Es de gran importancia identificar para poder actuar ante un hábito nocivo, es por ello que el educador para la salud, deberá brindar guía y apoyo a las personas encargadas de cuidar al niño, para aprender a identificar si el niño presenta un hábito nocivo, ya que es de vital importancia comenzar un con tratamiento oportuno, para así, evitar cualquier desarrollo craneofacial y dental que pueda perjudicar.<sup>13</sup>

El grado de las alteraciones producidas por un hábito nocivo, dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, así como también de las características biotipológicas del paciente. El área de las alteraciones producidas por hábitos bucales en general se limita a la región dentoalveolar.<sup>13</sup>

En el estudio clínico, resulta muy fácil detectar la relación causa-efecto de un hábito, ya que ellos dejan la huella de su acción; por lo que en la mayoría de los casos, la simple observación de la alteración permite deducir el hábito bucal que lo causó. Esto se corrobora fácilmente mediante la anamnesis y el estudio de las funciones bucales del paciente.<sup>13</sup> Fig 23



Fig. 23 Anamnesis del paciente <sup>81</sup>

Una vez identificado el hábito, se deberá dar el diagnóstico a los responsables del niño, para que puedan conocer la afectación y consecuencias de estos hábitos ¿qué es y qué puede ocasionar en el niño?, y sobre todo, ayudar a prevenir o detener el hábito nocivo que el niño haya adquirido.

##### 4.2 Estrategias del educador para la salud, en la eliminación del hábito nocivo

El educador para la salud intervendrá con varias estrategias ante los responsables de los niños, para brindarles el conocimiento necesario, y así poder identificar el hábito no funcional y, poder dar un seguimiento en el tratamiento, de tal manera que se elimine el hábito nocivo.

La primera será la exposición, donde compartirá con los padres el hábito nocivo que el niño presenta, mediante recursos didácticos para que reciban la información del diagnóstico de manera que puedan identificarlo más fácilmente.

Se le expondrá el diagnóstico y el tratamiento, subsecuente a esto se llevará a cabo el siguiente punto.

Se llevará a cabo la interacción entre los padres y los pacientes para un buen tratamiento y una eliminación adecuada del hábito nocivo. Fig. 24



Fig. 24 Interacción del odontólogo con la madre y el paciente. <sup>82</sup>

#### 4.2.1 Exposición

La exposición consiste en la presentación de un tema, lógicamente estructurado, en donde el recurso principal es el lenguaje oral, aunque también puede serlo un texto escrito. La exposición provee de estructura y organización a material desordenado pero también permite extraer los puntos importantes de una amplia gama de información. <sup>83</sup> Fig 25



Fig.25 La exposición. <sup>84</sup>



La actividad de los tutores consiste en reflexionar sobre lo que escuchan, contestar preguntas que el educador para la salud formula, y posteriormente aclarar aquellos aspectos que no hayan sido comprendidos. El educador para la salud, puede facilitar la comprensión del material oral utilizando material didáctico como fotografías, radiografías, modelos de estudio e inclusive videos que pueden ejemplificar bien el tema.<sup>83</sup>

Esta técnica tiene varias ventajas ya que permite abarcar contenidos amplios en un tiempo relativamente corto y facilitará la comunicación de la información amplia hacia los tutores, que será comprensible para poder entender la información recibida, al preparar una exposición es importante considerar los siguientes aspectos:<sup>83</sup>

- Delimitar el tema o la parte del mismo, que será manejado mediante esta técnica.
- Preparar un bosquejo que contenga 3 ó 4 ideas principales.
- Organizar las ideas principales de tal manera que reflejen una secuencia lógica.

Es importante que las ideas se organicen en torno a un criterio que ha de guiar el avance en el desarrollo de las mismas en el momento de la exposición.<sup>83</sup>

#### 4.2.2 Interacción

La Interacción tendrá dos fases, la primera es donde el cirujano dentista deberá identificar el núcleo familiar del niño de esta manera podrá acercarse sin invadir a los tutores de la manera más adecuada y personalizada a los responsables del niño.

La interacción del educador para la salud y los padres debe ser óptima, es el principal objetivo, ya que el apoyo de los padres o tutores es el que está ligado directamente al niño y es la manera indirecta de llegar a ellos. Es decir que esta comunicación es una gran herramienta para que se obtengan buenos resultados para el desarrollo del niño.

La relación entre el educador y el principal cuidador del niño, es muy importante para conseguir mayor bienestar en el niño y en su rehabilitación. Existen evidencias de que los pacientes mejoran el resultado de su hábito, cuando la comunicación entre sus padres y el educador para la salud, es fluida y se tiene un respeto mutuo, es decir se puede de esta situación, hay una significativa importancia de una comunicación asertiva entre el educador para la salud y los tutores del niño.

Para el educador para la salud, es importante conocer de cerca qué se enseña y aprende en el círculo de cuidado del niño y como desde lo cotidiano se derivan mediaciones posibles para este proceso. Uno de los compromisos del educador para la salud, es acercarse y comprender la vida familiar de sus pacientes, valorar los aprendizajes que tienen y han construido en el escenario cotidiano familiar para instalarlos y proyectarlos en sus competencias de formación diaria.

Una vez identificada la fase I, en la fase II será posible trabajar en equipo junto con los padres para aplicar el tratamiento para la eliminación del hábito nocivo en los niños.

#### 4.2 Recursos didácticos.

Se entiende por recurso didáctico al conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje. Estos materiales pueden ser tanto físicos como virtuales, asumen como condición, despertar el interés de los padres o tutores, adecuarse a las características físicas y psíquicas de los mismos, además que facilitan la actividad del educador para la salud, al servir de guía; asimismo, tienen la gran virtud de adecuarse a cualquier tipo de contenido.<sup>85</sup>

##### 4.2.1 Cartel

Es un medio de comunicación que emplea ilustraciones y textos muy breves para dar a conocer una información de algún tema asignado o específico. Apoyan la presentación de una idea, explican, ilustran o resumen algún mensaje que se quiera transmitir. Una de las ventajas del cartel expositivo es que se puede seguir utilizando, después de finalizada la sesión o exposición del tema. Posee como características principales:<sup>86</sup>

1. Usa recursos gráficos para acompañar la información, como ilustraciones, varias imágenes o redes conceptuales.
2. Presenta la información de manera directa, breve, sencilla y clara para que sea comprendida por todas las personas.
3. Expone información escrita utilizando frases atractivas y sugerentes
4. Emplea distintos tamaños y diseños de letras para destacar la información que se considera importante y así llamar la atención de las personas.
5. Requiere de recursos mnemotécnicos para sintetizar la información, como colores llamativos, cuadros de doble entrada o distinta simbología, que ayuden a las personas a recordar la información por medio de la memoria visual.
6. Por lo general, es de gran tamaño con el fin que pueda ser visto desde casi cualquier lugar.<sup>86</sup>

El cartel expositivo cuenta con las siguientes partes: imágenes, textos breves, esquemas, gráficos, diagramas, redes conceptuales y cuadros comparativos o sinópticos, ya sea por separado o combinados.<sup>86</sup>



El cartel expositivo es necesario para apoyar la presentación de algún tema cuando se va a exponer o también para dar alguna información importante relacionada con el ámbito que se está presentando. Después de la presentación se coloca en lugares visibles para que pueda ser visto y leído por muchas personas.<sup>86</sup> Fig 24



Fig. 24. Cartel de educación para la salud de la SEP <sup>87</sup>

#### 4.2.2 Videos interactivos

Con el éxito del audiovisual, las inversiones en esta práctica aumentan. Este escenario permite que las innovaciones sean constantes y calienten el mercado de videos. Fue justamente este contexto prometedor que garantizó el surgimiento de una modalidad aún más increíble y útil: el video interactivo. <sup>88</sup>

En la práctica, el video interactivo es similar a su antecesor, también llamado de video lineal o normal, con la diferencia de que admite y estimula al espectador a realmente interactuar con el contenido en la pantalla. Más que ver, el usuario tiene que participar. <sup>88</sup>

La magia ocurre a partir de una serie de herramientas integradas en las plataformas. Los espectadores pueden hacer clic, arrastrar, mover la barra, pasar el mouse y responder a preguntas, completando acciones para realmente interferir positivamente en la transmisión del contenido. <sup>88</sup>

Algunas de las principales funcionalidades disponibles son:

Hotspots, que crea “áreas para hacer clic” dentro del video y permite que el usuario, al interactuar, sea llevado a otra página directamente relacionada con el contenido de mirada 360°, que permite al espectador la capacidad de ver toda la extensión de la imagen, con un giro de 360 grados; ramificaciones, señalando que el usuario puede elegir diferentes caminos en su interacción con el video,

personalizando los contenidos que recibe mientras los está mirando; Input de datos, que incorpora al vídeo algunos campos informativos, para que el espectador comparta su nombre, edad y lo que más le sea conveniente al productor; Quizzes, que intercalan botones y ramificaciones para personalizar la experiencia y dar resultados individualizados al final del vídeo.<sup>88</sup> Fig 25



Fig. 25 Video interactivo.<sup>89</sup>

#### 4.2.3 Tríptico digital

Viene a ser un folleto informativo doblado en tres partes (los dos laterales se doblan sobre el centro), por lo general en una hoja de papel A4 (297 x 210 mm), la diferencia del tríptico digital es que no es una hoja impresa es un archivo PDF que puede traerse en el celular, de esta manera no se requieren más que recursos tecnológicos para se creación así como para su obtención. El tríptico puede obtenerse por medio de una liga, un código de barras o bien un código QR.<sup>90</sup> Fig. 26



Fig 26. Tríptico Digital <sup>90</sup>

La versatilidad del tríptico radica no sólo en su contenido, sino en la forma como se puede presentar la información que contiene. Para empezar, al doblar una hoja en tres partes, se crean tres secciones a cada lado de la hoja. Es decir, tienes seis secciones con las cuales puedes trabajar. Estas secciones funcionan como separadores, lo que te permite organizar información de diferentes maneras en su superficie, el tríptico está conformado de 6 caras:<sup>91</sup>

1. Cara principal o portada: Es la cara que quedará al frente del folleto y, por lo tanto, la que debe captar la atención del público al cual está dirigido. Es aquí donde se debe poner mayor atención, ya que dependiendo de su contenido, el público se interesará o no por leer el resto. Este es un espacio para impactar y para generar curiosidad.

2. La parte frontal interna: Esta es la sección que queda a la vista al abrir la cara principal. En ella se delinearán ciertos argumentos que invitan a una lectura más profunda. Son las razones por las cuales debes seguir leyendo.

3. La parte interna o las tres caras internas: Es en esta sección en la que debes colocar lo que necesitas para alcanzar los objetivos que persigues. Es aquí donde se detalla la información con sus características.

4. La contracara o contraportada: En esta sección se colocará las referencias o bien información del tríptico.<sup>91</sup>

## CONCLUSIONES.

- El cirujano dentista como educador para la salud tiene la obligación de conocer la etiología, características, y tratamiento de los hábitos nocivos, con el propósito de poder brindar un exitoso diagnóstico.
- El educador para la salud, debe de identificar diversas estrategias que le permitan motivar a los niños a retirar el hábito nocivo.
- El educador para la salud, deberá comprender la diversidad que existe entre el núcleo social del niño, para implementar un tratamiento efectivo, donde los tutores del niño sean partícipes.
- Es de vital importancia estructurar una estrategia para eliminar un hábito nocivo tomando en cuenta la etapa psicosocial que presenta el niño.
- El cirujano dentista emplea las estrategias dinámicas conocidas para identificar, diagnosticar y brindar tratamiento al hábito nocivo del niño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ¿Qué es la salud? [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
2. Salud [Internet]. Real Academia Española. 2021 [citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/salud>
3. Carta de Otawa para la promoción de la salud [Internet]. Pan American Health Organization. 1986 [citado el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
4. Sifuentes Valenzuela MC, Nieto Cruz ME, De la Fuente Hernandez J. *La salud pública en la odontología. Teoría y Práctica. 1ª ed. México. 2019*
5. Alvarez Alva R, Kuri-Morales P. *Salud pública y medicina preventiva. 5a ed. México. 2018*
6. Gabriel Acevedo, Dr. David Martinez, Med. Lisandro Utz. *La salud pública y sus determinantes* [Internet]. Universidad Nacional de Córdoba. 2020 [citado el 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
7. De la Fuente Hernández J, Sifuentes Valenzuela MC, Nieto Cruz ME. *Promoción y educación para la salud en odontología. 1ª ed. México. 2014.*
8. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. *Educación para la Salud* [Internet]. Gobierno de México. 2020 [citado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/e75.html>
9. Plataforma de gestión de la salud poblacional [Internet]. CERNER. 2020 [citado el 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cerner.com/es/es/soluciones/plataforma-de-gestion-de-salud-poblacional>
10. Hábito [Internet]. Real Academia Española. 2021 [citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/h%C3%A1bito>
11. David Neal, Ph.D. Jelena Vujcic, MPH Orlando Hernandez, Ph.D. Wendy Wood, Ph.D. *The Science of Habit. r. Washington D.C., USA 2015*
12. Colleen A. Ryan, Heather J. Walter y David R. DeMaso, Nelson. *Tratado de pediatría. 21 ed. España 2020.*
13. Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D' Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y odontopediatría* [Internet]. 2010; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
14. Hábitos disfuncionales [Internet]. HM Salud. 2020 [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hmsalud.cl/2018/05/14/habitos-disfuncionales-ninos-dr-german-hempel/>
15. García DCN. Hábitos orales. *Fundación de Lli. 2012;189:4.* [Internet]. 2012; Disponible en: <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2018/03/pdf-189-cartadelasalud-febrero2012-1.pdf>
16. Sandra Susana Parra Iraola & Andrea Gissela Zambrano Mendoza. Mouth Deforming Habits Present in Preschoolers and School Children: Systematic Review. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2018; Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v12n2/0718-381X-ijodontos-12-02-00188.pdf>

17. Factores psicosociales que influyen en el desarrollo emocional de los niños, niñas y adolescentes (NNA) entre las edades 11-16 años que habitan en la asociación los Quinchos en el municipio de San-Marcos en el II semestre del año 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/2205/>
18. El desarrollo familiar y social en la infancia [Internet]. PsicoActiva. 2021 [citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.p psicoactiva.com/blog/desarrollo-familiar-social-la-infancia/>
19. Edelstein y Karen M. Yoder BL. McDonald y Avery, Odontología pediátrica y del adolescente [Internet]. Décima Edición. Elsevier España; 2018. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/book/3-s2.0-B9788491133001000302?scrollTo=%233-s2.0-B9788491133001000302-f30-01-9788491133001>
20. Marta María Capote Fernández LECT. Significance of family in the oral hygiene. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2012;49. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007)
21. MD y Shashank V. Joshi AJP. Culture and Development in Children and Youth [Internet]. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2010. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S1056499310000660>
22. Guevara LAM. Desarrollo psicosexual. Adolescencia y Salud [Internet]. 1999;1. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000100011](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011)
23. La teoría de Erick Erickson: las etapas del desarrollo psicosocial [Internet]. WMCMF. 2020 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://webdelmaestrocmf.com/portal/la-teoria-de-erik-erikson-las-etapas-del-desarrollo-psicosocial/>
24. Regader B. La teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson [Internet]. Psicología y mente. 2021 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
25. División de Programas de UNICEF. Orientación programática de unicef para el desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia. UNICEF [Internet]. 2017; Disponible en: [https://www.unicef.org/sites/default/files/2018-12/Programme%20Guidance%20for%20ECD%20%28SPANISH%29\\_1.pdf](https://www.unicef.org/sites/default/files/2018-12/Programme%20Guidance%20for%20ECD%20%28SPANISH%29_1.pdf)
26. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. La Sallista de investigación. [Internet] 2005; Disponible en: 2:52-6. [http://aevum.com.mx/wp-content/uploads/2017/02/PDH\\_Erikson.pdf](http://aevum.com.mx/wp-content/uploads/2017/02/PDH_Erikson.pdf)
27. Linares AR. [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo\\_0.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf). Universidad Autónoma de Barcelona [Internet]. 2008; Disponible en: [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo\\_0.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf)
28. Vergara C. Bandura y la teoría del aprendizaje social [Internet]. Actualidad en psicología. 2020 [citado el 2 de otoño de 2022]. Disponible en: <https://www.actualidadenpsicologia.com/bandura-teoria-aprendizaje-social/>
29. Schunk DH. Teorías del aprendizaje [Internet]. Upper Saddle River, NJ, Estados Unidos de América: Pearson; 2012. Disponible en: <https://ciec.edu.co/wp-content/uploads/2017/06/Teorias-del-Aprendizaje-Dale-Schunk.pdf>
30. Daly WC. Gesell's Infant Growth Orientation: A Composite. Journal of Instructional Psychology [Internet]. 4. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/c1d750e82dbe8a7621b5ecdd452b1a12/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2029838>

31. Rubio NM. La teoría de la maduración de Arnold Gesell: ¿qué es y qué propone? [Internet]. Psicología y mente. 2021 [citado el 2 de otoño de 2022]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/desarrollo/teoria-maduracion-gesell>
32. Patricia MLR. Social experience and early cognitive development in the deaf child. Orientations for the study of Theory of Mind. Instituto Nacional de Pediatría [Internet]. 2012; Disponible en: <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/2818>
33. Vizcaíno A. Los 4 planos del desarrollo de Montessori [Internet]. Internationa Montessori Institute Barcelona. 2021 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://montessorispace.com/blog/cuatro-planos-de-desarrollo-de-montessori/>
34. Britton L. Jugar y aprender con el método Montessori [Internet]. 2017. Disponible en: [https://pladlibroscl0.cdnstatics.com/libros\\_contenido\\_extra/37/36433\\_jugar\\_y\\_aprender\\_con\\_el\\_metodo\\_montessori.pdf](https://pladlibroscl0.cdnstatics.com/libros_contenido_extra/37/36433_jugar_y_aprender_con_el_metodo_montessori.pdf)
35. Montessori M. La mente absorbente del niño [Internet]. 17a ed. DIANA; 2004. Disponible en: <https://cristinamatusmendez.files.wordpress.com/2014/07/la-mente-absorbente-del-nino-montessori-pdf.pdf>
36. Los cuatro planos del desarrollo, según Montessori [Internet]. 2016. Disponible en: <https://montessorizate.es/wp-content/uploads/2016/02/2-1LOS-CUATROS-PLANOS-DEL-DESARROLLO-SEGUN-MONTESSORI.pdf>
37. El método Montessori [Internet]. Fundación Argentina Montessori. 2018 [citado el 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.fundacionmontessori.org/metodo-montessori.htm>
38. Yosvany Herrero Solano YAM. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed Revista Médica [Internet]. 2019; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n3/1028-4818-mmed-23-03-580.pdf>
39. Lilibeth Barrios Vidal, Danelis Oliva Gil, Vicia Olga Reyes Suarez, Joaquin Cheda Castañeda. Dento-maxilofacial abnormalities in children from 12 to 14 years old with breathing by mouth. INFOMED [Internet]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/871/1295>
40. Rodríguez E. Ortodoncia contemporánea: Diagnóstico y tratamiento. AMOLCA; 2008.
41. Succión digital ¿cuál es su tratamiento? [Internet]. Studi Dental Barcelona. 2020 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/succion-digital-tratamiento/>
42. Alarcón A. Deglución atípica - Revisión de la literatura. Acta odontológica venezolana [Internet]. 2013;51. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-20/>
43. Ledia Martín Zaldivar, Soledad García Peláez, Idelbys Expósito Martín, Viviana Estrada Verdejal, Yoicet Pérez Llanes. Abnormal deglutition: some considerations on this. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2010; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-0252010000600021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-0252010000600021)
44. La deglución atípica [Internet]. Logopedia y formación. 2012 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://logopediayformacion.blogspot.com/2012/06/la-deglucion-atipica-logopedia-vs.html>
45. Agustín E. Vera, Emilda R Chacón P, Raúl Ulloa, Sara Vera. Estudio de la relación entre la Deglución atípica, Mordida abierta, Dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. Revista latinoamericana de ortodoncia y ortopedia [Internet]. 2004; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art-6/>



46. Carmen Lugo IT. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista latinoamericana de ortodoncia y ortopedia [Internet]. 2011; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
47. Quiros A., Oscar (1993). Manual de Ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva. 1era. Edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana C.A. Caracas Venezuela.
48. Valentina Alvizua OQ. Efectividad de la terapia Miofuncional en los hábitos más comunes capaces de producir maloclusiones clase II. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría [Internet]. 2013; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-15/>
- 49.
50. de Modano JDS. Fuerzas producidas por el Lip Bumper. Acta odontologica vene [Internet]. 2005;43. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/1/art-12/>
50. De la Cruz Pérez J. ARMNSI. Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría [Internet]. 2011; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-25/>
51. Aparatología fija [Internet]. Disponible en: <https://www.ortoplus.es/ortodoncia/fija/lip-bumper.html>
52. Onicofagia [Internet]. Real Academia Española. 2021 [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/onicofagia>
53. Velázquez JMB. Behavioral modification in a case of onychophagia. ADM [Internet]. 2013; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od133h.pdf>
54. Ojeda Léonard C, Espinoza Rojo A, Biotti Picand J. Relationship between nail biting and clinical manifestations of temporomandibular disorders in mixed dentition first and/or second phase: A narrative review. Clin Periodontol Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2014; Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072014000100009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100009)
55. Cristina Mercado Gordo, David Hernando Calvillo Martínez, Jairo Mariel Cárdenas}. Onicofagia. Universidad Autónoma de Coahuila [Internet]. 2017;1. Disponible en: <http://www.cienciacierta.uadec.mx/articulos/cc50/onico.pdf>
56. Jinnah Mahelet Benítez Velázquez GG-A. Behavioral modification in a case of onychophagia. ADM [Internet]. 2013 [citado el 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od133h.pdf>
57. Steffen Moritz 1, Andras Treszl, Michael Rufer. A randomized controlled trial of a novel self-help technique for impulse control disorders: a study on nail-biting. Sage Journals [Internet]. 2011; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21659318/>
58. Influencia del modo de respiración en el desarrollo craneofacial y la postura de la cabeza. Diario de pediatría [Internet]. 2018;94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717300116?via%3Dihub>
59. Wysokińska-Miszczuk ASRK. The influence of breathing mode on the oral cavity. MedPress [Internet]. 2015; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802697/>
60. Síndrome de respiración bucal [Internet]. Fisioterapia. [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.fisioterapiaplayamar.com/sindrome-de-respiracion-bucal/>
61. Lo que ocurre cuando el niño respira por la boca y no por la nariz [Internet]. Carla Estrada. 2019 [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/salud/enfermedades-infantiles/lo-que-ocurre-cuando-el-nino-respira-por-la-boca-y-no-por-la-nariz/>



62. Pilar Ibarra-Reyes Carina Mateos-Ortiz Nelly Mendoza-Vásquez MAG-CM. Effectiveness of non-nutritive sucking in preterm infants. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2012;26. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372012000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300006)
63. Importancia de la succión del recién nacido en la lactancia [Internet]. *Salud digital*. 2022. Disponible en: <https://www.clikisalud.net/importancia-de-la-succion-del-recien-nacido-en-la-lactancia/>
64. Alba PA. La succión y la deglución durante la lactancia materna [Internet]. *Alba - Lactancia materna*. 2011 [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/succion-y-deglucion>
65. Ángel Miguel González Sanz BAGN y. EGN. Dental health: relationship between dental caries and food consumption. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2013;28. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013001000008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008)
66. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos, julio 2013, Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013001000008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008)
67. Asociación entre malnutrición por exceso con caries temprana de la infancia, julio 2014, Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062014000400008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000400008)
68. Marchena Rodríguez Leticia FOC. EVALUACIÓN, MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA CARIES TEMPRANA EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS [Internet]. *Revista Europea de Estomatología*. 2015 [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=199>
69. Quirós VAO. Efectividad de la terapia Miofuncional en los hábitos más comunes capaces de producir maloclusiones clase II. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* [Internet]. 2013; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-15/>
70. Cómo detener el mal hábito succión de labios de un niño [Internet]. *usroasterie*. 2022 [citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.usroasterie.com/como-detener-el-mal-habito-succion-de-labios-de-un-nino.html>
71. de los Reyes P. López-Arranz Monje E. González García M. Pipa Muñiz I. Acevedo Prado A PVACG. Prevalence of malocclusion in order to non nutritive sucking habits in children between 3 and 12 years-old in Ferrol. *Avances en Odontoestomatología* [Internet]. 2011;27. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000300004&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000300004&script=sci_arttext&lng=pt)
72. Reni MullerK PS. Oral bad habits: neuromuscular rehabilitation and their influence in craniofacial growth. *Revista Médica Clínica Las Cond* [Internet]. 2014; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700501#sec0045>
73. Mestanza MF. ¿A qué edad es la primera visita con el Ortodoncista? [Internet]. *ExpertDent*. 2018 [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://expertdent.pe/blog/detalle/a-que-edad-es-la-primera-visita-con-el-ortodoncista-nid-16>
74. María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. *Revisión bibliográfica. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* [Internet]. 2012; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
75. MullerK Reni PS. Oral bad habits: neuromuscular rehabilitation and their influence in craniofacial growth. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;380–8.

76. Mónica Firmania, Milton Reyesb, Nilda Becerraa, Guillermo Floresa, Mariana Weitzmanc, Paula Espinosaa. Sleep bruxism in children and adolescents. Revista chilena de pediatría [Internet]. 2015;86. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062015000500012&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062015000500012&script=sci_arttext)
77. Bruxismo [Internet]. Clinica Cerrolaza. 2018 [citado el 3 de otoño de 2022]. Disponible en: <https://cerrolaza.com/entrada-blog/mi-hijo-hace-un-ruido-impresionante-con-los-dientes-por-la-noc-he-parece-que-se-le-van>
78. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: An overview for clinicians. J Oral Rehabil. 2008;35:476-94.
79. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil. 2001;28:1085-91.
80. Use of occlusal splints in patients with temporomandibular disorders. MEDISAN [Internet]. 2016;20. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400014)
81. La importancia de tener un diagnóstico dental [Internet]. Adeslas dental. 2021 [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.adeslasdental.es/la-importancia-de-tener-un-diagnostico-dental/>
82. La primera visita al odontopediatra [Internet]. Dentista Infantil. 2021 [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.dentistainfantoledo.com/la-primera-visita-al-odontopediatra/>
83. Exposición [Internet]. UAM. 2020. Disponible en: <http://hadoc.azc.uam.mx/tecnicas/exposicion.htm>
84. Brigada de salud oral [Internet]. Universidad Hipócrates. [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.uhipocrates.edu.mx/2020/03/04/realiza-la-universidad-hipocrates-brigada-odontologica-y-nutricional-en-el-municipio-de-metlapil-guerrero/>
85. Murillo GV. Educational Resources In The Process Teaching Learning. Coordinador Unidad de Educación Virtual Facultad de Medicina (UMSA) [Internet]. 2017; Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v58n1/v58n1\\_a11.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v58n1/v58n1_a11.pdf)
86. El Cartel usos y clasificación [Internet]. Universidad Pedagógica de El Salvador. 2011 [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://carteles2011.blogspot.com/p/el-cartel-y-sus-usos-didacticos.html>
87. Carteles Nuevo Modelo Educativo [Internet]. 2018 [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://joelservando.com/2018/02/22/carteles-nuevo-modelo-educativo/>
88. ¿Cómo usar los videos interactivos para enganchar a tu público? [Internet]. Hotmart. 2019 [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://hotmart.com/es/blog/videos-interactivos>
89. GrupoAudiovisual. Vídeos de Odontología en Animación 3D [Internet]. México; 2021. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=L\\_unwo-Wefw](https://www.youtube.com/watch?v=L_unwo-Wefw)
90. Primer Ingreso Alumnos [Internet]. Facultad de odontología. 2020 [citado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/index.php/es/avisos-alumnos>
91. ¿Qué es un tríptico? [Internet]. 2022 [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.kedin.es/triptico/>