



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE HÁBITOS
PERNICIOSOS EN PACIENTES CON DENTICIÓN MIXTA.

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:

REBECA DÍAZ LÓPEZ

TUTORA: Esp. DANIELA CARMONA RUIZ

ASESORA: Dra. LEONOR OCHOA GARCÍA

VOBO
VOBO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Agradezco a mi tutora Daniela Carmona y mi asesora Leonor Ochoa por su tiempo y su paciencia, a mis profesores, aquellos profesores con amor a la docencia, gracias por su exigencia, sus consejos y sus enseñanzas.

Agradezco a mi familia, a mi madre Laura que nunca se cansó de motivarme, de prepararme mi comida, de levantarme cuando me quedaba dormida, de cuidarme tanto, a mi padre Roberto por su apoyo incondicional y por sus buenos consejos, a mis hermanos Pilar y Roberto por hacerme sentir que no estaba sola, a mis abuelas Elena y Chelo que en paz descansen siempre quisieron lo mejor para mí, a mi muy querido tío Goyo que en paz descanse quien me apoyó lo más que pudo.

Agradezco a mis amigos que me brindaron alegría y risas cuando más lo necesite, a mi amigo Jonathan mi mano derecha durante todo el proceso escolar, a mi suegra Aurora por siempre preocuparse por mí, a mis mascotas; Mateo, Choco y Cacahuate que solo bastaba con que se sentarían a mi lado para sentirme acompañada.

Un agradecimiento muy especial al amor de mi vida Uriel Del Toro quien me enseñó que por amor todo es posible, por llevarme a la facultad, por las noches de desvelo, por entenderme, por motivarme, gracias a todos mis seres queridos por cada granito de arena que me aportaron.

ÍNDICE

DEDICATORIAS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. Generalidades de las maloclusiones	2
1.1. Definición de maloclusión	2
1.2. Etiología de maloclusión	4
1.3. Ecuación ortodóntica de Dockrell.....	5
1.4. Prevalencia	9
CAPÍTULO 2. Hábitos como factores que generan maloclusiones	15
2.1. Definición de hábitos fisiológicos	15
2.2. Definición de hábitos perniciosos.....	17
2.3. Tipos de hábitos y estrategias de corrección	17
2.3.1. Succión digital.....	17
2.3.2. Succión no nutritiva	20
2.3.3 Hábito de lengua (Deglución atípica).....	21
2.3.4. Hábito de succión labial.....	23
2.3.5. Respiración bucal	24
2.3.6. Onicofagia.....	26
2.3.7. Mordedura de objetos.....	27
CAPÍTULO 3. Estrategias de prevención de hábitos	29
3.1. Definición de estrategia de prevención	29
3.2. Teoría psicosocial de la edad infantil	30
3.3. Estrategias de prevención de hábitos	36
3.3.1. Educación a adultos	43
3.3.1.1. Padres de familia	43
3.3.1.2. Profesores y cuidadores de niños	45
3.3.2. Educación a niños y adolescentes.....	47
CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS	51

INTRODUCCIÓN

Los hábitos son repeticiones de actos aprendidos, los cuales existen dos tipos; los fisiológicos y los no fisiológicos, los hábitos fisiológicos son aquellos actos repetidos que se hacen de forma automática para realizar acciones mentales, cognitivas, afectivas, ejecutivas o motoras, por ejemplo; la alimentación, respiración, masticación, deglución y fonación. Los no fisiológicos son acciones repetidas que ponen en riesgo la salud oral, en su mayoría se realizan de manera crónica, por ejemplo; succión digital, succión no nutritiva, hábito de lengua, respiración bucal, hábito de succión labial, onicofagia y mordeduras de objetos. La mayor parte de la población infantil presenta estos hábitos y algunos otros.

Los hábitos no fisiológicos son considerados perniciosos o nocivos debido al daño que causan en la cavidad oral, el cual se identifica mayormente como una maloclusión, pero también puede complementarse con desgastes, movilidad, caries, contaminación, heridas en tejidos blandos, etc. Las maloclusiones causan un problema fisiológico y estético, por eso es de suma importancia saber identificarlas para poder tratarlas y evitar recidivas. Aunque sería más conveniente evitarlas, esto podría lograrse a través de una estrategia de prevención oportuna y que pueda ser transmitida como forma de educación.

Para aprender a educar se debe conocer qué factores pueden desencadenar un hábito pernicioso, basándose en ello elaborar estrategias y de esta manera poder compartir esta información.

PROPÓSITO

Describir los hábitos perniciosos y la forma en que generan maloclusiones, investigar qué factores los pueden desencadenar y así proponer estrategias de prevención.

CAPÍTULO 1. Generalidades de las maloclusiones.

A lo largo del tiempo se ha tratado de dar una unificación a la definición y clasificación de maloclusión, según la autora Pinedo y cols.¹ menciona en su investigación que Angle, Strang, Anderson, Hellman, Stoller y Andrews han tratado de establecer lo qué es una oclusión normal y cuando deja de serlo para mostrarse como maloclusión.

La autora Pinedo y cols.¹ cita al autor C. Bellot, quien describe que: “En términos generales puede decirse que oclusión normal es la situación más equilibrada y óptima para cumplir las funciones necesarias y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía con el conjunto estructural al cual denominamos aparato estomatognático”. La palabra “normal” se usa, por lo general, para expresar un patrón de referencia o una situación óptima en las relaciones oclusales², siendo lo más adecuado para funcionar. Por otra parte, entendemos que la maloclusión es la ausencia de dicha situación¹.

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al colocar los arcos dentarios en contacto, tanto en relación céntrica como en protrusión o en movimientos laterales. Es un sistema que no solo trata la interdigitación dentaria, sino un conjunto que debe funcionar en sincronía con los arcos dentarios, los tejidos blandos y duros que los rodean, así como la relación que tienen con el cráneo y el resto del esqueleto humano^{2,3}.

1.1. Definición de maloclusión.

Las maloclusiones son la tercera causa de morbilidad dental, por eso es importante detectar a tiempo y hacer un correcto diagnóstico¹.

El autor Ugalde⁴ menciona que: “La maloclusión, según Angle, es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura”.

La literatura dice que las maloclusiones no son consideradas como enfermedades sino como alteraciones o desórdenes oclusales que se predisponen de diferentes condicionantes¹.

Es importante conocer la clasificación de la maloclusión como una herramienta para poder diagnosticar e identificar el problema principal y así poder establecer un tratamiento. Esta clasificación se divide en tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, teniendo en cuenta que, como ya se había mencionado, es una afección de todo el aparato estomatognático y no solo se reduce a dientes⁴.

Las maloclusiones se dividen en tres clasificaciones y subdivisiones⁴:

- **Clase I:** Las relaciones mesiodistales son normales en los maxilares y arcos dentales, se identifica como oclusión normal por la relación correcta de los primeros molares.
- **Clase II:** Los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado.
 - División 1: Arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. La mandíbula también se encuentra en oclusión distal con relación a la maxila
 - División 2: Retrusión de los incisivos superiores hasta contactar con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.

- **Clase III:** Oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. El perfil facial puede ser divergente posterior, cóncavo.

1.2. Etiología de maloclusión.

El autor Quirós y cols.⁵ señala que: “Las maloclusiones tienen un origen multifactorial, en la mayoría de los casos, puede haber numerosas causas etiológicas interactuando entre sí y sobreponiéndose unas a otras. Los dos componentes principales en su etiología están conformados por la predisposición genética y los factores exógenos o ambientales, que son en realidad los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial”. Es importante hacer una detección temprana para poder brindar un tratamiento y corregir las patologías, así como evitar recidivas.

Clasificación basada en Quirós y cols.⁵:

-En el primer grupo se encuentran los problemas miofuncionales los cuales son responsables de la mayor parte de problemas en la oclusión y alteraciones del desarrollo maxilofacial.

-En el segundo grupo ubicamos a los problemas hereditarios resumido solamente en una predisposición genética de los cuales se focalizan principalmente a maloclusión clase II y III, mordidas abiertas, mordidas profundas y apiñamiento dentario. Siendo expresiones genéticas que se manifiestan por el medio ambiente.

-El tercer grupo se observa como un defecto congénito siendo un problema o anomalía que ocurre cuando un bebé se desarrolla dentro del cuerpo de su madre. Dentro de este grupo es poco lo que el odontólogo puede hacer salvo recomendar medidas preventivas durante el embarazo.

Lo referente a la clasificación de la etiología de la maloclusión se resume en el cuadro 1.



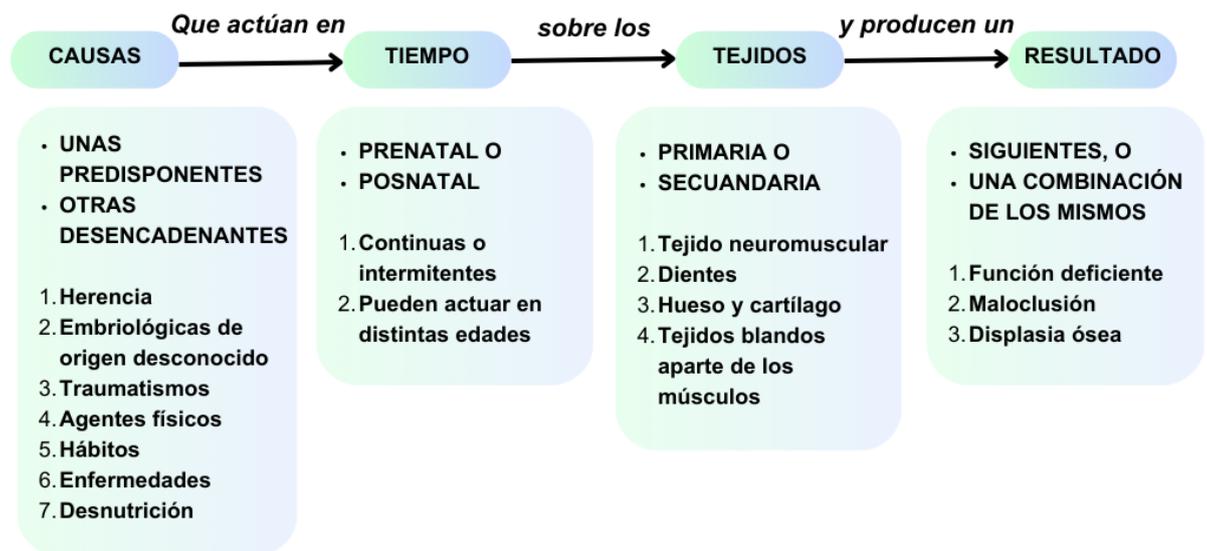
Cuadro 1. Según el autor Quirós Álvarez y cols.⁵ Clasificación de la etiología de la maloclusión.

1.3 Ecuación ortodóncica de Dockrell.

Existen diferentes procedimientos para clasificar los factores causales, los cuales tienen el marcado propósito de facilitar su análisis. Resulta muy práctico el método planteado por Moyers: la ecuación ortodóncica, además sugerida por Dockrell, que enumera 7 causas, entre ellas: heredadas, adquiridas, generales y locales. La ecuación indica que una causa que actúa, durante un tiempo, en un tejido, provoca un determinado resultado⁶.

Esta ecuación es una forma de expresar los tipos de las deformidades dentofaciales. Moyers⁷ la describe como: “Una determinada causa original que actúa durante cierto tiempo y produce un resultado”.

No se pueden separar e identificar todas las causas originales, por lo cual se agrupan de la siguiente manera; expresado en el cuadro 2 el cual fue creado por Dockrell⁷.



Cuadro 2. Ecuación ortodóncica elaborada⁷.

Después de mostrar brevemente una descripción de la ecuación ortodóncica se discutirán sus causas de manera agrupada de factores originales semejantes⁷:

1. Herencia: Señalada desde hace tiempo como una importante causa de maloclusión que es expresada de forma prenatal o haciendo aparición años después del nacimiento, poniendo como ejemplo algunos tipos de erupciones dentales. Los patrones de crecimiento facial que se transmiten genéticamente pueden ser alterados o afectados por causas ambientales prenatales y postnatales.
2. Falta de desarrollo de origen desconocido: Son anomalías que se generan cuando no existe o aparece incompleto algún tejido embrionario y casi siempre aparecen prenatalmente.
3. Traumatismos: De manera prenatal puede ocasionar daños postnatales ocasionando deformidades dentofaciales como hipoplasia, micrognacia, protracción maxilar, parálisis muscular, posición del feto. De manera postnatal puede ser fracturas de los maxilares y dientes o hábitos, los cuales pueden producir un traumatismo ligero por ciertos períodos.

4. Agentes físicos: De manera prenatal se conocen los agentes que afectan al feto y de manera postnatal se refiere a:
 - Extracción prematura de dientes de leche casi siempre por caries.
 - Naturaleza de la alimentación: Por falta de alimento duro y tosco para el desarrollo de la masticación, estas estimulan a los músculos y aumentan la carga de función de los dientes, al mismo tiempo que tienen una menor producción de caries.
 - Método de crianza: Los niños que recibieron alimentación por pecho materno podrían tener menores porcentajes de maloclusiones por el estímulo fisiológico del tejido del pecho, por otra parte, los que se alimentaron por medio de un biberón no.
5. Hábitos: Moyers⁷ los describe de la siguiente manera: “Tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, siendo reflejos de contracciones musculares que fueron aprendidos. Cabe destacar que ciertos hábitos existen para estimular el crecimiento normal de la mandíbula, considerados como efectos de una presión normal”. Los hábitos considerados anormales interponen el crecimiento facial y se expresan en malposiciones dentarias, hábitos anormales en la respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos. Todos estos hábitos deben ser analizados para determinar con que pueden estar relacionados, desde un deseo de atención, una forma de pedir algo; alimentos, por ejemplo, una forma de poder dormir, etc. Estos son hábitos aprendidos que generalmente desaparecen después de los 4 años y en esta etapa pocos niños acuden al dentista.
6. Enfermedades: Cualquier trastorno que interfiera con el ritmo de crecimiento del cuerpo incluyendo el área facial.
7. Desnutrición: La nutrición es un factor para un buen desarrollo facial, los trastornos nutricionales llevarán consecuencias en el desarrollo de los niños. La desnutrición también traerá consigo problemas de caries y enfermedad periodontal, así como; pérdida prematura de dientes y

erupción de estos. No existen tipos de maloclusión específicamente por desnutrición, pero sí tiene una relación con patrones faciales deseables.

El factor del tiempo se compone de dos factores en la evolución de una maloclusión: el período durante el cual actúa la causa y la edad en que se observa, el cual no siempre es continuo, puede presentarse de manera intermitente. Se pueden separar de forma en causas que actúan prenatalmente y después del nacimiento⁷.

Descripción de los tejidos⁷:

-Sistema Neuromuscular:

- En la posición y conformación de la musculatura facial se expresan rasgos familiares como las razas.
- El tamaño de la lengua por control de genes.
- Estados patológicos musculares raros como ausencias totales congénitas de algún músculo o una parte.

- Hueso:

- Tamaño.
- Forma.
- Posición.
- Número.

- Dientes:

- Tamaño como macrodoncias y microdoncias.
- Forma.
- Posición de erupción y nuevo posicionamiento dental permanente.
- Número como oligodoncia o anodoncia.

-Partes blandas:

- Fisuras faciales.
- Macrostomía y microstomía.

1.4 Prevalencia.

La prevalencia de las maloclusiones indica que un tercio de la población tiene una oclusión considerada normal y dos tercios de los habitantes tiene algún grado de maloclusión. En México, las enfermedades de origen bucodental son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia. Dentro de estas, las maloclusiones ocupan el tercer lugar en frecuencia, antecedidas por la caries dental y la enfermedad periodontal⁸.

En la literatura podemos encontrar que los factores etiológicos más estudiados para las maloclusiones son la presencia de hábitos parafuncionales, la pérdida prematura de dientes, la pérdida de espacio originada por caries dental o por restauraciones dentales inadecuadas^{4,8}. Por otra parte los estudios de maloclusión asociada a postura son muy escasos, pero siempre teniendo en cuenta que existe y no solo se relaciona a una posición de mandíbula y cráneo sino a la postura de hombros y columna que funcionan como una unidad biomecánica. Siendo esta una alineación de los segmentos del cuerpo con el centro de gravedad. Así mismo, diversas investigaciones indican que la población infantil es la más afectada⁸.

Existen múltiples estudios científicos sobre los hábitos perniciosos que analizan dichos comportamientos en diversas poblaciones infantiles y estos arrojan diferentes resultados que podrían aterrizar estadísticas de prevalencias. Evidentemente cada estudio realizado tiene objetivos y resultados diferentes pero el fin de exponerlos es hacer una base comparativa con relación a las prevalencias de los hábitos perniciosos.

El primer estudio revisado fue realizado entre el 2008 y 2009 en una población de 368 niños de 3 a 9 años, el cual tuvo por objetivo observar la prevalencia de maloclusión con relación en los hábitos de succión no nutritiva y respiración bucal. En la discusión se observó que dentro del grupo que usó chupón más de 3 años, el 22.5% presentan mordida abierta

anterior y 39.4% resalte aumentado y el 16.3% nunca usó chupón⁹.

En el mismo se hacen varias referencias a autores que realizaron investigaciones ya previas al mencionado. El autor Pipa y cols.⁹ mencionan que, según Davidson, a los 12 meses de vida el 40% de los niños usa chupón y el 30% presentan succión digital y a los 3 años la succión digital tiene mayor presencia que el uso del chupón. A los 4 años un 12% muestra succión digital en comparación de los que utilizan chupón que presentan 4%. Incluye al autor Bishara quien afirma que a finales del primer año de vida el 40% de los niños/as usan chupón y el 31% presentan el hábito de la succión digital. En el segundo año los valores se reducen a 25% y 22% respectivamente y para el tercer año el 22% continúan utilizando chupón y el 14% con succión digital. Durante el cuarto año de vida se invierten las cifras, dando como resultado un mayor porcentaje de niños que presentan succión digital comparada con los que usan chupón.

El autor Pipa y cols.⁹ citan a Olivera Gois quien en sus conclusiones menciona que la maloclusión en la dentición primaria está directamente relacionada con el uso del chupón por más de 2 años y con la respiración oral. También aseguran que los niños con hábitos no nutritivos presentan hasta 6 veces más riesgo de desarrollar una oclusión patológica, y si estos hábitos duran más de 2 años, el peligro asciende.

Para el autor Romero-Maroto y cols.⁹ mencionados en el presente artículo la prevalencia es muy variable, oscilando entre el 1.7 y el 47%, dependiendo de la edad a la que se realice el estudio, debido a que al inicio de la vida estos hábitos son muy frecuentes por función fisiológica pero conforme los niños crecen y se desarrollan debería disminuir.

La prevalencia de estos hábitos tendrá variaciones en cada etapa de desarrollo de los niños, en edades entre 2-4 años el chupón se encuentra de forma persistente, mientras que en los niños mayores de 4 años se

encuentra la respiración oral. La succión digital es menos frecuente, pero se mantiene durante más tiempo lo que lo hace un hábito difícil de dejar. El hábito del chupón es más frecuente en las mujeres durante los 3 primeros años, después de esta edad se iguala con los hombres, por otro lado, el hábito de succión digital es más prevalente en mujeres. La patología oclusal es más frecuente en la mujer, sin ser estadísticamente significativa⁹.

En otro estudio realizado por Mendoza y cols.¹⁰ se conformó por 147 niños de 2 a 15 años en el cual 48.2% fue masculino y 51.7% femenino; la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue de 96.59% lo que difiere los resultados de Alonso, Bosnjak, Agurto y Montiel, quienes reportan prevalencias del orden del 34.8, 33.37, 66% y 75% respectivamente en estudios con un número mayor de individuos. Apuntan que en el sexo femenino predominó la presencia de hábitos y maloclusiones.

Sus conclusiones señalan que los siguientes porcentajes: interposición lingual con un 66.2%, 49.3% succión labial, 41.9% onicofagia y 31.8% respiración bucal. En menor proporción se presentaron malposición corporal con 25.7% y succión digital con 23.6%, sólo el 2.0% refirió utilizar el biberón. No se encontraron casos de hábito de chupón y bruxismo en la población de estudio. Se hace evidente que un mismo paciente fue susceptible a presentar más de un hábito bucal nocivo, del total de 147 niños 114 presentaron este problema, de un 100% un 77.5% se encontraban en esta situación¹⁰.

La autora Mendoza y cols.¹⁰ incluyen otros estudios que refieren resultados de adolescentes de sexo femenino de 15 a 16 años pertenecientes a la clase social denominada alta y determinaron una elevada prevalencia del hábito de morder la goma del lápiz y masticar hielo; el 92% refirió morder la goma diariamente y 48% refiere hacerlo solamente durante tres horas al día.

La siguiente investigación realizada por el autor Murrieta y cols.¹¹ se conformó por 211 niños entre 3 y 5 años, de ambos sexos, alumnos del Jardín de Niños Felipe Carrillo Puerto, localizado en el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, se analizó que el hábito con mayor frecuencia fue la onicofagia cuando regularmente suele ser la succión de dedo, pero en este caso no fue así, resaltó mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino, aunque no resultó ser tan significativa, cabe mencionar que conforme aumenta la edad, el hábito incrementa su frecuencia. El segundo hábito más frecuente fue el de la respiración bucal, con una mayor frecuencia reportada comparada con otros autores. Hubo una mayor prevalencia en niños de 5 años y con mayor frecuencia en el sexo masculino, aunque las diferencias no fueron tan significativas. El hábito de succión labial tuvo menor presencia, aunque fue más significativo en niños de 4 años. Los hábitos de mordedura de objetos y uso de chupón o mamila se presentaron con la misma frecuencia que en otros estudios. Por último, los hábitos bucales nocivos que tuvieron menor prevalencia fueron la protracción lingual y la queilofagia, con resultados menores a otros estudios. Los grupos de 4 y 5 años presentaron frecuencias más altas, predominantes en el sexo femenino, pero no siendo tan significativas.

Crespo y cols.¹² realizaron un estudio en la escuela Emilio Abad de la Ciudad de Azogues Ecuador conformado por 185 niños entre 6 y 11 años en el cual los resultados arrojaron una prevalencia de hábitos bucales en un 77.29 % de los individuos, los cuales indicaron hábitos de respiración bucal, succión digital y deglución atípica. La mayor frecuencia se encontró en la edad de 8-9 años con un 39.86 %. La respiración bucal fue el hábito más frecuente con un porcentaje de 44%. Del total de la muestra solo 36 adolescentes presentaron el hábito de succión digital lo cual representó el 25.17 %. El hábito de deglución atípica estuvo presente en un 30.76 % de los individuos.

En un estudio realizado por Silva y cols.¹³ en niños del centro Tabasco con un total de 76,879 niños en edad escolar de diferentes escuelas públicas, se obtuvo una muestra de 798 niños que se seleccionaron por un muestreo

probabilístico aleatorio simple por conglomerados. El rango de edad fue de 6 a 12 años y solo 745 alumnos fueron los que cumplieron con los criterios de selección, 386 femeninos y 359 masculinos. Del total solo 65 (8.7%) presentaron hábito de respiración bucal y 680 (91.3%) respiración nasal. Resultados que no coinciden con estudios similares a este, siendo este menor a comparación de otros que se encuentran entre un 24%-47% de respiradores bucales. Los resultados indican que el rango más afectado fue el de 6 a 9 años, el cual coincide con otros estudios y una menor afección en el rango de 10 a 12 años, con un ligero predominio en el sexo femenino.

El siguiente artículo realizado por el autor Chamorro y cols.¹⁴ menciona que en el trabajo de Ovsenik del 2009 se reportan prevalencias del 50% de deglución atípica en niños de 3 años y del 25% en niños de 12 años. En el presente estudio fueron reunidos 209 pacientes de los cuales 140 presentaron uno o más hábitos orales, con una mayor frecuencia en el sexo femenino. El hábito más reportado fue la respiración oral con un 36% y después la onicofagia con un 24%, el rango más afectado fue entre los 8 y 10 años. Además, 33 pacientes presentaron ciertos hábitos no mencionados: Deglución atípica con un 45%, seguido de succión labial con un 25% y el menos frecuente morder carrillo con un 9%.

Para el presente capítulo, se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda de estudios de investigación en los cuales se expusieron las prevalencias de algunos tipos de hábitos perniciosos relacionados con la cavidad oral, esto con el fin de analizar los resultados de dichos estudios. Se hizo elección de diversas investigaciones para abarcar los diferentes tipos de hábitos más significativos⁸⁻¹⁴.

La prevalencia de hábitos es grande, es decir, existe evidencia de que gran parte de la población infantil suele presentar hábitos nocivos para la salud. En los estudios consultados se observa una ligera diferencia del sexo femenino con el masculino, en el cual algunas veces suele predominar más el porcentaje de afecciones en niñas que en niños, por otra parte, cada hábito

pernicioso demostró diferencias en sus resultados debido a que son realizados en diferentes poblaciones, lugares y tiempo⁸⁻¹⁴.

A partir de los estudios revisados se recopiló la información más relevante de cada hábito haciendo una relación con los rangos de edad representado en el cuadro 3 donde se explica el análisis de prevalencia ⁸⁻¹⁴.

Hábito	Edad	Porcentaje
Succión de dedo	Mayor presencia 1 año luego disminuye	14% a 30%
Uso de chupón	Mayor presencia 1 año y disminuye hasta ser casi nulo a los 4 años	2% a 40%
Respirador bucal	Mayor presencia entre los 6 y 11 años	8% a 47%
Deglución atípica	Mayor presencia entre los 3 y 9 años	30% a 50%
Onicofagia	4 años en adelante	24% a 41%
Morder objetos	12 años en adelante (Adolescente)	92%

Cuadro 3. Prevalencias de hábitos perniciosos ⁸⁻¹⁴.

CAPÍTULO 2. Hábitos como factores que generan maloclusiones.

Según el autor Quirós y cols.⁵: “luego del nacimiento comienza una etapa de adaptación y maduración de ciertas funciones vitales para la sobrevivencia del individuo”, es en este momento cuando aparecen los primeros reflejos y una percepción de sensibilidad, la percepción producida en labios y lengua será la que permita identificar el seno materno como fuente de alimento. Cuando los niños crecen y se desarrollan modifican estos hábitos, que se ven reflejados en sus músculos faciales, los cuales inician con la ubicación y desplazamiento de la mandíbula, comienzan a variar en sus tonos, mientras que los músculos masticatorios se desarrollan y así todo un sistema que va en sincronía con la respiración, deglución y expresión facial.

Los hábitos orales son conductas que pueden ser normales en determinado momento de la vida; pero cuando son persistentes en el tiempo pueden causar alteraciones fisiológicas y morfológicas, que además pueden afectar en el desarrollo psicológico y social¹⁴.

2.1. Definición de hábitos fisiológicos.

La autora J.A. Marina¹⁵ define a los hábitos de la siguiente manera: “son, pues, esquemas mentales estables, aprendidos por repetición de actos, que facilitan y automatizan las operaciones mentales cognitivas, afectivas, ejecutivas o motoras”. Es decir, una costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto⁹.

Los considerados hábitos fisiológicos son parte del desarrollo del sistema oral que ayuda a tener adaptaciones que sirven como estímulos para realizar ciertas acciones normales o también llamados reflejos. Estos, al mismo tiempo actúan como impulsores de crecimiento de todo su sistema estomatognático en conjunto. Los cuales se identifican como la respiración nasal, masticación y deglución, estos generan patrones específicos

dependiendo de cada individuo y la forma en que más le favorezca para su desarrollo^{7,16}.

La parte estomatognática realiza funciones de succión, respiración, masticación, deglución y fonación¹⁷:

- **Succión:** Tiene una relación con reflejos de nacimiento, un reflejo de búsqueda que incluye movimientos de cabeza y lengua. Es una parte normal del desarrollo fetal y neonatal. Cuando desaparece significa que el lactante ya aprendió a alimentarse y no necesita más este reflejo. Para succionar el lactante coloca la lengua bajo el pezón contactando los labios y deglute con los maxilares separados; es una deglución infantil. Los adultos degluten con los dientes juntos, el dorso de la lengua en el paladar y labios en contacto, pero relajados.
- **Respiración:** Sistema conformado por nariz, coanas, orofaringe, glotis, laringe, cuerdas vocales, tráquea, bronquios y pulmones. La respiración abdominal es la ideal, se realiza sacando el abdomen para tomar aire y metiéndolo para expulsar aire, el modo de respiración ideal es el nasal, por otra parte, el más patológico y nocivo sería el oral o mixto.
- **Masticación:** Es una función de un mecanismo que trabaja por medio de los músculos, fuerza oclusal y salivación. Su objetivo es incidir y triturar alimentos, formar un bolo con la saliva y pasar a la primera fase de digestión para poder deglutir.
Deglución: Varias acciones de la boca que con ayuda de la saliva forman un bolo alimenticio desde la cavidad bucal, faringe y estómago.
- **Fonación:** Se encarga de la recreación de la voz y los fonemas necesarios para poder formar palabras, por medio de la vía respiratoria (alta, media y baja).

Teniendo en cuenta los hábitos fisiológicos normales debemos saber que también existen aquellos no fisiológicos que pueden ser desencadenados porque un hábito normal se prolongó más tiempo del que era necesario o por otras razones¹⁷.

2.2 Definición de hábitos perniciosos.

Se entiende como hábito pernicioso a una acción repetida que se vuelve costumbre y pone en riesgo la salud oral. La mayor parte de hábitos perniciosos se extienden por largos periodos o se presentan de forma intermitente pero siempre trae consigo problemas para la salud. Es importante identificarlos a tiempo para tratarlos y evitar recidivas o repercusiones serias en la salud oral. Entre los cuales podemos identificar: succión digital, succión no nutritiva, hábito de lengua, respiración bucal, hábito de succión labial, onicofagia y mordedura de objetos⁹.

Para poder dar un tratamiento se necesita suficiente conocimiento sobre los daños que puede provocar, que factores pueden estar causando el hábito y así iniciar el tratamiento de forma personalizada para cada paciente¹⁶.

2.3. Tipos de hábitos y estrategias de corrección.

2.3.1. Succión digital.

El hábito de succión digital (imagen 1) generalmente es diagnosticado por médicos, pediatras y psiquiatras y pocas veces odontólogos, esto pasa debido a que genera mucha preocupación en padres y acuden principalmente con el pediatra, por su parte cada uno de ellos posee su propia información e indicaciones^{7,16}. Desde un punto de vista psicológico se entiende como un nuevo camino de descarga formado en el cerebro¹⁶.

El hábito de succionar surge de una condición natal de los niños que utilizan para alimentarse, pero también como un medio de satisfacción del cual

obtienen una sensación euforia y bienestar. Siendo este su primer contacto con el mundo exterior donde sus labios cuentan con conexiones sensoriales que son las encargadas de dar señales al cerebro de este tipo de satisfacciones. El acto de succionar el seno materno también genera una conexión con la madre la cual le proporciona seguridad, calor y necesidad. Después de que los niños desarrollan otras vías de sinapsis ya no dependen tanto de esta vía de comunicación¹⁶.

La literatura de Graver¹⁶ nos dice que los niños amamantados de forma natural desarrollan menor cantidad de hábitos anormales y conservan menos mecanismos infantiles. Este hábito puede surgir por una adaptación a dejar el seno materno o biberón buscando esas sensaciones satisfactorias por medio de la succión digital y hasta cierto punto es normal, en una edad de 1 año y medio, teniendo esto en cuenta no debería ser alarmante que un niño en esta etapa de vida realice esta acción. Es importante saber que cuando la preocupación de los adultos comienza a generar el intento de que los niños dejen de succionar el dedo a base de las restricciones algunos niños lo aceptan y ceden a dejar de hacerlo, pero otros no, el fracaso de estos intentos mal aconsejados o la constante vigilancia a los niños va a traer un mecanismo de atención de sus padres y lo convierten en un arma poderosa. Esto parece ser una de las explicaciones de la prolongación de este hábito en niños.

La succión digital es un hábito que tiene consecuencias importantes, de manera concreta se genera un desplazamiento hacia adelante de la premaxila junto con los dientes incisivos, principalmente los superiores, ocasionando así que se proyecten más allá del labio superior¹⁶.

Algunos daños provocados por este hábito tienen similitud a la maloclusión heredada Clase II división 1, aunque es poco probable que se le atribuya. Si un niño con oclusión normal abandona este hábito antes de su tercer año de vida su sobremordida vertical se va a reducir, la sobremordida horizontal

va a aumentar y se harán espacios entre los incisivos superiores, así como apiñamiento malposición en dientes anteriores inferiores. Por otra parte, la permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio (imagen 2). Actualmente existen pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda con este hábito¹⁶.



Imagen 1. Hábito de succión digital. Recuperado de: <http://www.redoe.com/ver.php?id=318>



Imagen 2. Vista Intraoral de paciente con hábito de succión digital. Recuperado de: <http://www.redoe.com/ver.php?id=318>

El tratamiento sugerido es una rejilla en canastilla (imagen 3), donde además de las impresiones inferior y superior, se toma el registro de mordida en oclusión máxima y se retira a los tres meses, en caso de que el

paciente continúe con la succión se puede colocar el Tridente de Graber, presenta tres extremos libres y cortos del alambre redondeado. También podrá tener ayuda psicológica¹⁷.



Imagen 3. Rejilla en canastilla. Recuperado de: <https://goo.su/2UsEH>

2.3.2. Succión no nutritiva

La lactancia materna funciona como promotor de la salud y previene varias enfermedades especialmente en la niñez, de aquí su importancia. Como ya se había mencionado antes la lactancia influye como un hábito normal que incide en la morfología de los maxilares y la oclusión dentaria por un tipo de estímulo que se realiza de forma natural. Misma que no solo tendrá un impacto en el sistema inmunológico y nutritivo, sino también de forma psicológica y afectiva^{16,18}.

El autor Barbosa da Rocha y cols.¹⁹ en su literatura menciona que según la OMS: “se recomienda el amamantamiento materno exclusivo hasta el niño completar seis meses de vida y la manutención del amamantamiento materno, con complemento nutricional, hasta los dos años o más”. El niño hasta los seis meses de edad no necesita ningún alimento o líquido que no sea la leche materna y el uso de biberón con cualquier tipo de líquido en el período de amamantamiento exclusivo es innecesario, pero frecuentemente es realizado por algunas madres como una forma de alimentación y también un objeto para calmar al niño y facilitar el sueño.

El biberón parece no suplir el instinto de succión, pero los niños se satisfacen más rápidamente y cabe resaltar que también es una fuente de contaminación¹⁹. Por otra parte, puede usarse mientras no sobrepasen los 18 meses como máximo y no mezclarlo con sustancias dulces¹⁷.

Según el autor Alfredo Mendoza¹⁸ en un estudio realizado en su investigación se recolectaron casos y se obtuvieron los siguientes resultados; 1) la lactancia materna previene maloclusiones, 2) con base a los años que se ha estudiado la etiología de la maloclusión, arroja que los principales factores de riesgo incluyen los hábitos de succión no nutritiva por tiempos muy prolongados y alimentación con biberón exclusivamente, muchos niños son alimentados de esta manera, 3) los tipos de maloclusiones con mayor relevancia fueron mordida cruzada posterior y mordida profunda (imagen 4).

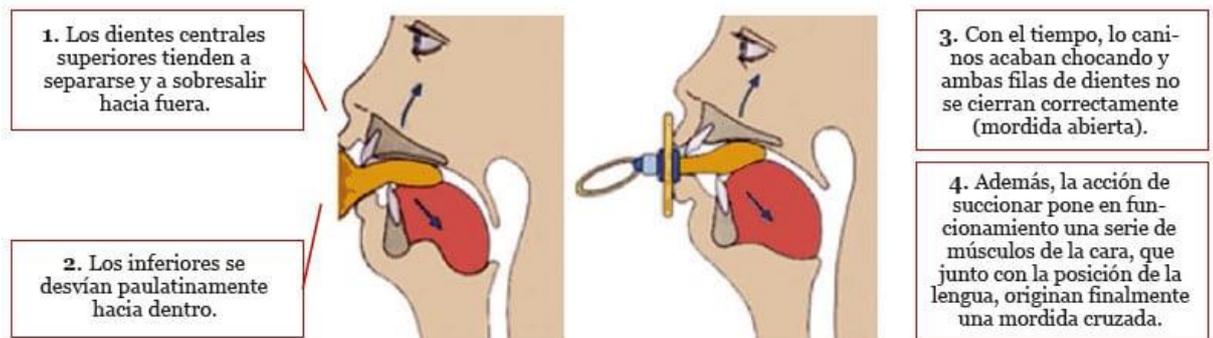


Imagen 4. Succión no nutritiva. Recuperado de: <https://goo.su/thNmmVA>

2.3.3 Hábito de lengua (Deglución atípica)

Este hábito a menudo acompaña o queda como residuo del hábito de succión digital, pero también puede ser causado por amígdalas hipertróficas o hipersensitivas⁷.

Durante la deglución normal los dientes están en contacto ligero, los labios cerrados y el dorso de la lengua elevado hasta tocar la bóveda palatina, la punta de la lengua puede estar en ligero contacto con las superficies linguales de los incisivos inferiores⁷.

Las degluciones anormales pueden ser de dos tipos: la deglución con empuje lingual compleja que puede estar asociada con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis que surge debida a hipertrofia de amígdalas en donde la lengua se retrae hasta tocarlas, es decir, el dolor de garganta origina un nuevo reflejo de deglución y provoca que los dientes cambien su posición. Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada, este es un reflejo tan exigente y primitivo que obliga a respirar por la boca^{7,20}. La imagen 5 describe la deglución normal y anormal, la imagen 6 muestra una vista intraoral de interposición lingual.

La deglución con empuje lingual simple puede ser el remanente de un hábito de succión digital, el cual hace que la lengua mantenga la mordida abierta causada por el dedo, esta acción obliga a la lengua a ubicarse entre los dientes para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución⁷.



Imagen 5. Deglución normal y anormal. Recuperado de: <https://goo.su/KgBpZIJ>



Imagen 6. Fotografía intraoral de paciente con interposición lingual. Recuperado de: <https://goo.su/GKX8wd>

Hablando más específicamente de la deglución atípica algunos autores la interpretan como la persistencia del reflejo de deglución infantil. La mayoría de los niños cambian su forma de deglutir entre los dos y tres años, donde inicialmente el bebé posee un reflejo de succión-deglución adaptado a la lactancia materna que abandona al adaptarse a la masticación y deglución de todo tipo de alimentos, como ya mencionamos antes. Aunque no sea precisamente un reflejo de succión-deglución suele interpretarse como la persistencia inadecuada de la lengua, característica de la deglución más allá de los cuatro años. Sus consecuencias son oclusales, mordida abierta y clase II, abundan las frontalizaciones de [s] y otros sigmatismos así como características estéticas. Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función. Cuando la deglución atípica forma parte del síndrome de respiración bucal las consecuencias son mucho mayores^{16,21}.

El tratamiento se basa en retirar la causa, que es la malposición de la lengua, de esta manera los incisivos comienzan a buscar el contacto anterior. Puede realizarse terapia con la fonoaudióloga: mioterapia lingual tratamientos con ortopedia maxilar; rejilla en canastilla, rejilla lingual fija, bionator protector, bolideglutor¹⁷.

2.3.4. Hábito de succión labial

Este hábito puede aparecer por sí solo o verse con la succión digital, en la mayoría de los casos el labio inferior es el afectado, aunque hay casos donde es el labio superior²⁰. La relación que tiene este hábito con el de succión digital funciona de tal manera que se desarrolla una actividad muscular de compensación. Espontáneamente algunos niños dejan el hábito del dedo por uno nuevo, pero más perjudicial¹⁶.

Con el aumento de la sobremordida horizontal existe dificultad para cerrar los labios correctamente y deglutir de forma normal, el labio inferior se posiciona detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra sus superficies linguales. El labio superior ya no tiene su función de manera de

esfínter en contacto con el labio inferior y parece ser retraído, a esto se le denomina postura de descanso incompetente del labio¹⁶. La imagen 7 muestra un caso de hábito de succión labial.

Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de la mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores y se vuelve un círculo vicioso con cada deglución, ejerciendo una fuerza deformante casi mil veces diarias. Las consecuencias pueden ser; labioversión de esos dientes, mordida abierta y, a veces la linguoversión de los incisivos inferiores²⁰.



Imagen 7. Hábito de succión labial. Recuperado de: <https://indent.es/habitos-bucales/>

2.3.5. Respiración bucal

La respiración bucal más que un hábito también podría considerarse como una enfermedad nasofaríngea o función respiratoria perturbada, las cuales alteran el crecimiento craneofacial y producen maloclusión²⁰.

Se relaciona con problemas de adenoides, amigdalitis, hipertrofia de cornetes inferiores, desviación del tabique nasal u otro problema de las vías respiratorias altas. La rinitis alérgica es la causante en gran medida de las hipertrofias de las adenoides y de la hipertrofia de cornetes¹⁷.

El autor Moyers²⁰ menciona que según Linder-Aronson y Bushey el agrandamiento adenoideo puede conducir y puede o no tener relación con ciertos tipos de caras y la oclusión. Aunque es evidente que existe mucha literatura sobre el tema aún se discuten definiciones precisas. Las adenoides agrandadas obstruyen la vía de aire, causando respiración

bucal, en consecuencia existen cambios en la posición lingual, labios y mandíbula. Estas alteraciones afectan a la forma craneofacial y a la oclusión (imagen 8 y 9).

Las características de este perfil según Hurtado¹⁷ son:

- Ojos irritados.
- Perfil convexo.
- Incompetencia labial, superior hipotónico, inferior hipertónico.
- Gingivitis por la resequedad y labios resecos.
- Halitosis.
- Alteraciones en la postura, puede estar en clase II o III con posible crecimiento vertical. Mentón en forma de pelota de golf.
- Prognasia superior con overjet aumentado por falta de contacto del labio superior.
- Apiñamiento.
- Deglución atípica con posición baja de la lengua.
- Mordida cruzada posterior.
- Paladar profundo.
- Microrrinodisplasia, narinas estrechas.
- Surco nasogeniano y mentolabial pronunciado.
- Crecimiento vertical de la cara (una musculatura hipotónica) y posición baja de la lengua para permitir el paso del aire.
- Ausencia de la lengua sobre el paladar.

El tratamiento consiste en remitir al paciente con el otorrinolaringólogo, terapia con la fonoaudióloga, terapia miofuncional; para devolver la respiración nasal, cierre labial y posición de la lengua y ortopedia maxilar con el diseño necesario y orden adecuado para correcciones de maloclusión¹⁷.



Imagen 8. Respirador bucal. Recuperado de: <https://indent.es/habitos-bucales/>



Imagen 9. Características de respirador bucal. Recuperado de: <https://goo.su/1NDQDt>

2.3.6. Onicofagia

La mordedura de uñas es considerada como una causa de malposiciones dentarias. Frecuentemente identificada en niños nerviosos, tensos con un desajuste social y psicológico. Este hábito es solo un síntoma de su problema real, un problema que parece tener más relevancia en las uñas que en los dientes²⁰. La mayor incidencia de este hábito se da en la pubertad y predomina más en el sexo masculino que en el femenino²².

Ya que se establece, existen conductas que la hacen más fuerte, las cuales pueden ser hambre, aburrimiento e inactividad, éstas al mismo tiempo pueden estar asociadas a trastornos mentales o emocionales²².

El autor Murrieta y cols.¹¹ menciona que: “Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar disfuncional, a la falta de atención de los padres o a la falta de madurez emocional”. Todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

El individuo con presencia de este hábito puede morder también la piel y alrededores ocasionando heridas que pueden causar infecciones por el transporte de gérmenes en ambas direcciones. El hecho de dañarse la piel podría generar inseguridades por la apariencia de las manos, provocando así un círculo vicioso. Cuando este hábito se convierte en crónico puede traer más consecuencias a nivel dental, tales como afectar la sustancia adamantina frontal de los dientes provocando un aumento de caries²².

Se proponen tratamientos psicológicos, farmacológicos y con mecanoterapia. Otra opción es tomar vitamina B-h (inositol) que aumenta la serotonina en el cerebro, la serotonina ayuda a controlar los desórdenes compulsivos. Existe una terapia de conducta benéfica que consiste en eliminar el hábito nocivo y reemplazarlo por uno saludable. Los tratamientos con aparatos no cuentan con soporte en la literatura y existe poca evidencia científica, de hecho, es el hábito con menor información²².

2.3.7. Mordedura de objetos.

Este hábito no cuenta con la suficiente evidencia científica de manera aislada, sino que casi siempre está relacionado con la mordedura del labio inferior y la onicofagia debido a la relación que tienen en cuanto al movimiento básico que se realiza con la boca que es: “morder”. La diferencia es que en este hábito existe una obsesión por morder objetos duros o en algunos casos succionarlos^{16, 20}.

Al igual que la mayoría de los hábitos este es desencadenado por algún tipo de desorden emocional o psicológico, como ansiedad, estrés, falta de atención, etc. También estos factores pueden formar parte de alguna enfermedad o trastorno psicológico y en algunos casos son parte de más hábitos bucales en conjunto o incluso sustitución de alguno, por ejemplo; dejar el hábito de succión no nutritiva por succión digital y con el paso del tiempo comenzar a morder objetos. Así funciona en muchos casos, por eso es importante hacer intervenciones a tiempo^{11,22}.

Esto puede ser tan dañino como morderse las uñas pues existe un deterioro a nivel de la boca debido al gran impacto que reciben los dientes cada vez que se muerde algo, provocando desgaste dental o algún tipo de herida o irritación en los tejidos blandos que persiste por mucho tiempo. Al mismo tiempo, como sucede con la onicofagia, existe transporte de gérmenes que se pueden transmitir de objetos sucios o contaminados a la boca y así ponen en riesgo la salud en general^{11,22}.

Su tratamiento podría ser el mismo que con la onicofagia; psicológicos, farmacológicos y con mecanoterapia²².

CAPÍTULO 3. Estrategias de prevención de hábitos.

En los capítulos anteriores se dio a conocer la información necesaria para poder entender qué son los hábitos y cuando se consideran perniciosos, en qué medida y afectan más a la población, como poder identificarlos, así como sus principales consecuencias que entre ellas son consideradas de las más relevantes; las maloclusiones, las cuales pueden ser en distintos grados y al mismo tiempo generar otros problemas.

Para cada problema o situación que enfrenta un individuo siempre se busca una solución, es decir; cada enfermedad, anomalía o conducta anormal tendrá un tratamiento para contrarrestar los malestares producidos y así generar bienestar y salud. Teniendo esto en cuenta, es importante resaltar que la mayor parte de la población busca tratamientos que contrarresten los problemas ya adquiridos, pero muy pocas son las personas que buscan evitarlos ya que no cuentan con la suficiente información sobre la prevención de la salud, por diferentes razones²³.

Hace falta educar y enseñar a prevenir enfermedades, promover la salud, elaborar estrategias de prevención accesibles para todos. Esto haría un cambio positivo porque así se evita un problema, se generan buenos hábitos y se promueve la información entre las mismas personas de la población²³.

3.1 Definición de estrategia de prevención.

El autor Vignolo²⁴ menciona que según la OMS: “La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles²⁴:

- **Prevención primaria:** Son estrategias destinadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- **Prevención secundaria:** Orientada al diagnóstico precoz de la enfermedad sin manifestarse clínicamente aún, funciona como una búsqueda en individuos aparentemente sanos pero que podrían enfermar. Se realiza un tratamiento oportuno, evitando y retrasando la aparición de secuelas.
- **Prevención terciaria:** Acciones dirigidas a la recuperación de una enfermedad que ya se manifestó clínicamente, realizando un buen diagnóstico y estableciendo un correcto tratamiento, de esta manera disminuir los malestares al máximo, así como evitar recidivas. Es muy importante tener un control y seguimiento del paciente.

Una estrategia es una serie de acciones destinadas a un objetivo, las estrategias de prevención de hábitos perniciosos en odontología se realizarán en forma de etapas que serán dirigidas a diferentes públicos y para cada uno de ellos se estructuran pasos que facilitan su comprensión y resultan ser efectivos con el fin de promover la salud oral²⁴.

3.2. Teoría psicosocial de la edad infantil

El siguiente tema hará referencia a grandes pensadores de la psicología para explicar el comportamiento psicosocial en edad infantil, de esta manera poder entender qué factores podrían desencadenar la aparición de hábitos nocivos.

Según la literatura del autor Nelso Antonio²⁵ con base a la investigación sobre las fases psicosexuales realizadas por Freud e investigaciones realizadas por Engler, el psicólogo Erik Homburger Erikson formuló un nuevo enfoque en el cual dice que; la existencia de un ser humano depende, en todos los momentos, de tres procesos de organización complementarios:

a) Proceso biológico: Organización jerárquica de los sistemas biológicos, orgánicos y el desarrollo fisiológico – el soma.

b) Proceso psíquico: Experiencias individuales, procesos psíquicos y la experiencia personal y relacional – la psique.

c) Proceso ético-social: Organización cultural, ética y espiritual de las personas y de la sociedad, expresadas en principios y valores de orden social – el ethos.

En el principio epigenético se describe que la vida de todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo y a este se le suman partes que constituyen un todo²⁵.

Erikson organizó estadios que describen el ciclo de la vida, estos se comprenden desde la formación del nivel somático, psíquico, ético-social y el principio epigenético. Especifica que la crisis es la transición de un estadio a otro, como un proceso progresivo donde existe un cambio o un proceso regresivo donde existe un estancamiento, también hace referencia a virtudes o potencialidad y defectos o vulnerabilidad. Cuando existe una resolución positiva se obtiene una fuerza, virtud o potencialidad, pero cuando no, surge una patología, un defecto o fragilidad²⁵.

A continuación, se describirán los primeros 5 estadios de la vida sobre el desarrollo psicosocial que el autor Nelso Antonio²⁵ sintetiza de la investigación de Erikson con el fin de lograr un mejor entendimiento a los posibles factores, como la antes mencionada crisis regresiva que puede desencadenar un hábito nocivo para la salud.

- **Estadio: confianza versus desconfianza - esperanza. Niño de 0 a 12-18 meses**

La fuerza fundamental de esta etapa es la confianza, nace la certeza interior y sensación de bienestar, ser acogido y amado principalmente por la madre. Si no se encuentran estas necesidades se desarrolla la desconfianza básica dando una sensación de abandono, separación y confusión existencial en sí. Esta característica es muy significativa para la formación de la prudencia y actitud crítica. Aquí surge la esperanza como un fundamento que nutre la niñez de una confianza interior. Las rutinas diarias y de tiempo darán un significado de trascendencia personal, social y espiritual de la vida para la formación de la experiencia religiosa²⁵.

En esta etapa de la vida es crucial el ejemplo, los niños son como esponjas que absorben información, son muy significativos los sentimientos o acciones que se transmiten^{16,25}.

- **Estadio: autonomía versus vergüenza y duda – Autonomía. Infancia: de 2 a 3 años**

Inicia el período de la maduración muscular como un aprendizaje de autonomía física, el aprendizaje higiénico, es decir, mantener la salud mental con sistemas retentivos y eliminativos, tener aprendizaje de la verbalización con capacidad de expresión oral. Estos aprendizajes se vuelven la fuente de autonomía, libertad de expresión física y verbal, así como de recibir orientación y ayuda. Cuando se sobrepasa la autoconfianza y no existe un autocontrol puede surgir vergüenza y duda y así una sensación de incapacidad e inseguridad, pero también existe una reacción positiva que genera la virtud de discernir y decidir. Existe un equilibrio de todos estos factores que forma la conciencia moral, una ley y un orden, autonomía o heteronomía y así un comportamiento solidario, altruista, egocéntrico, hostil y compulsivo²⁵.

Durante esta etapa existe una formación personal más avanzada, una exploración y aquí deberían entender que la vida funciona por medio de un

orden. Para dar estos pasos se necesita un apoyo y una orientación de parte de los padres, quienes guiarán el aprendizaje de autonomía y autoexpresión, de no ser así pueden surgir malas conductas e ir en contra del orden para obtener atención²⁵.

- **Estadio: iniciativa versus culpa y miedo - propósito. Edad Preescolar: de 3 a 5 años**

Inicia el descubrimiento y aprendizaje sexual, la mayor capacidad motora y el perfeccionamiento del lenguaje. Estos factores predisponen un inicio en la realidad o en la fantasía, aprendizaje psicosexual, aprendizaje cognitivo y afectivo. En este momento podrían nacer sentimientos de culpa por fracasar en el aprendizaje psicosexual, cognitivo y comportamental. La formación de conciencia moral surge por los principios y valores aprendidos en la iniciación del aprendizaje escolar, de la inserción social con una base que ya le han proporcionado sus padres y adultos significativos, debe existir un equilibrio de la iniciativa, la culpa y el miedo²⁵.

La triada familiar (alianza de padres e hijo) debe enseñar la capacidad de separación afectiva, así como dar y recibir afecto. La virtud que surge es el propósito, un deseo de ser, hacer y convivir. Las experiencias existenciales de la niñez toman un sentido a través de los juegos y un significado para la formación de su conciencia moral. Esta expresión de jugar tiene tres niveles; autoesfera- sensaciones del propio cuerpo, microesfera- juguetes y macroesfera- actos con otros²⁵.

En este momento de la vida los niños buscan un propósito de ser, empiezan a preguntarse y descubrir cosas, lo que muchas veces les provoca miedo y culpa, esto es normal porque es algo desconocido. Por este motivo deben ser guiados y atendidos en todas sus necesidades tanto afectivas como cognitivas, permitir libertad de duda y al mismo tiempo resolverlas sin vergüenza²⁵.

- **Estadio: industria versus inferioridad - competencia. Edad Escolar - Latencia: de 5-6 a 11-13 años**

En este periodo disminuyen los intereses de la sexualidad personal e incrementa un interés por el mismo sexo. Se desarrolla un sentido de la industria, una iniciación científica y tecnológica para la formación del futuro profesional, productividad y creatividad, gracias a ello entienden las instrucciones sistemáticas y se adaptan a ellas, de esta manera inicia la edad escolar y aprendizaje sistemático donde serán guiados por adultos como profesores y padres para que los niños desarrollen todas sus habilidades. Cuando existen argumentaciones o debates que funcionan a través de la lógica como un sentimiento de inferioridad existencial e incapacidad nace la competencia personal y profesional. Este aprendizaje debe desarrollar un sentimiento de capacitación, competencia y de participación, pero cuando un niño desarrolla estas habilidades solo por obligación puede perder el sentido y hacerlo un esclavo de los procesos tecnológicos y burocráticos²⁵.

Este estadio básicamente se basa en el desarrollo personal y profesional que un niño va forjando conforme al descubrimiento de sus gustos y habilidades, aquí juegan un gran papel los profesores y adultos a cargo del desarrollo escolar porque es la fuente principal de aprendizaje académico y una mala enseñanza va a deteriorar el desarrollo, así como producir estrés, ansiedad, miedo, pereza, rebeldía, etc²⁵.

- **Estadio: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe. Adolescencia: de 12 a 20 años**

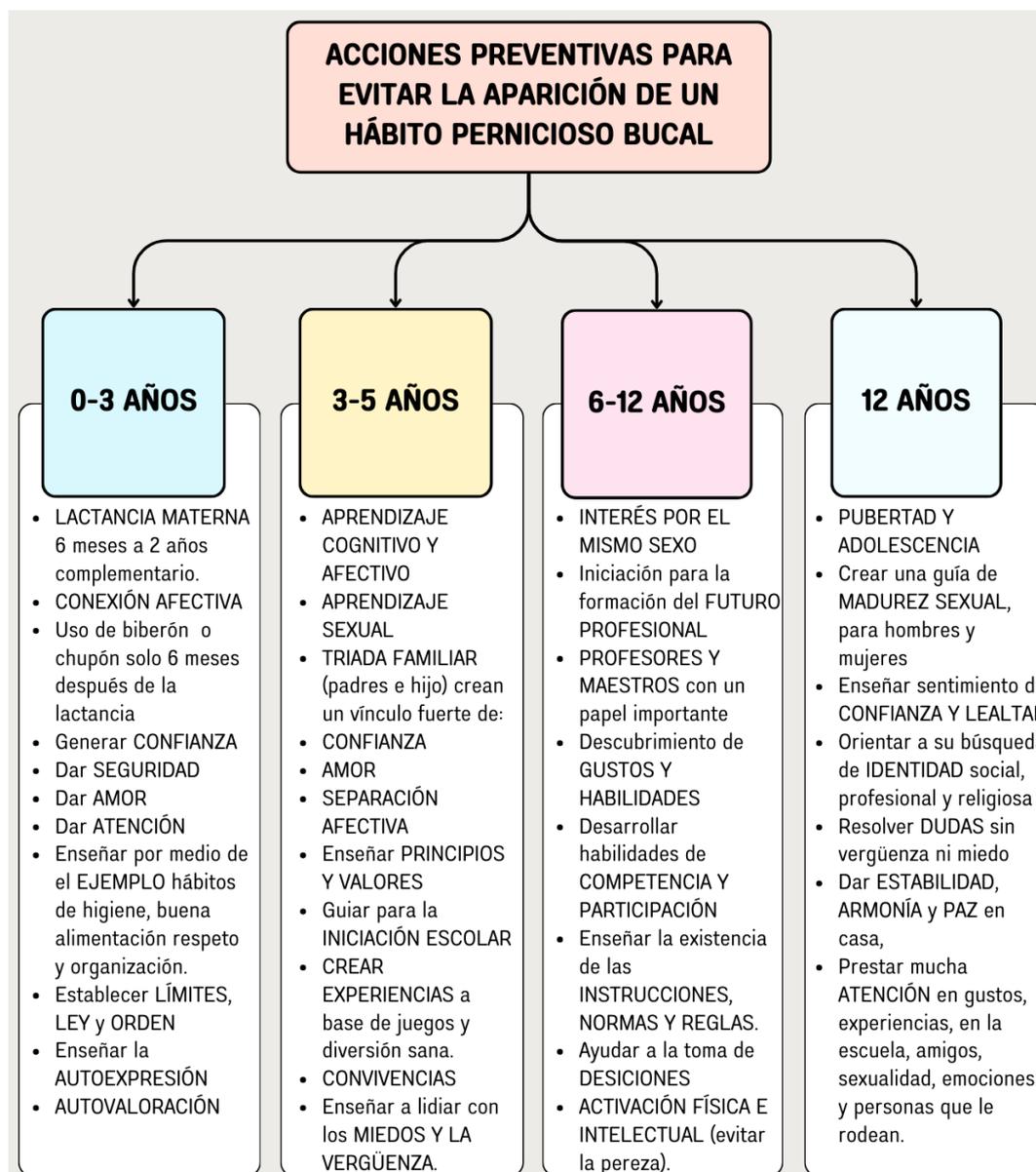
Inicia el periodo de la pubertad y adolescencia con cambios en el cuerpo y una madurez sexual que formarán una identidad personal, forjada por medio del sentimiento de confianza y lealtad, conjuntos de valores expresados en un sistema ideológico, identidad psicosocial, identidad profesional y la identidad cultural y religiosa²⁵.

Surge una confusión de identidad de roles, buscan grupos sociales iguales donde puedan identificarse y establecer relaciones, de esta manera superar la confusión de roles y establecer confianza, estabilidad y fidelidad, así como enfrentar la realidad de la industrialización y globalización. Los valores que nacen de la construcción de la identidad son la fidelidad y la fe. Las órdenes ideológicas en la adolescencia van a definir el rumbo de la vida de cada uno²⁵.

En esta etapa se inicia el descubrimiento y establecimiento de la identidad a través de experiencias y del entorno, emergen muchas emociones y es obligación de los padres estar presentes, infundir valores y poner un orden por medio de la autoridad²⁵.

Los estadios expuestos en el presente trabajo representan el rango de edades correspondientes al mismo y con base a esa información inicia la primera fase para elaborar la estrategia de prevención deseada; la cual sería conocer cómo funciona el desarrollo psicosocial del ser humano en edades tempranas y así poder brindarla a padres, profesores y adultos que tengan relevancia en la vida de un niño, de esa manera promover la correcta educación para evitar el surgimiento de algún hábito pernicioso desarrollado a través del área bucal y adicionalmente cuidar la salud mental²⁵.

A continuación, en el cuadro 4 se muestra la información recopilada que muestra acciones preventivas para evitar la aparición de un hábito bucal.



Cuadro 4. Acciones preventivas para evitar la aparición de un hábito pernicioso bucal. Fuente directa.

3.3. Estrategias de prevención de hábitos.

Anteriormente se dio a conocer información sobre el desarrollo psicosocial y ahora se obtendrán puntos importantes que se relacionen con los hábitos nocivos y así conseguir estrategias clave²⁵.

Se inicia con un análisis con el fin de poder educar a padres de familia y adultos responsables de niños, el cual consta de 6 puntos de estrategia

basados en el comportamiento psicosocial y morfológico en relación con el surgimiento de hábitos perniciosos²⁵.

Como un recordatorio a la prevención y promoción de la salud, se recomienda realizar la higiene bucal desde el nacimiento. Existe información detallada para saber cómo realizarla de la manera correcta en cada etapa de vida de los niños, así como formas de acuerdo con sus necesidades²⁴.

1) Técnica correcta de la primera alimentación a niños

Los hábitos perniciosos pueden existir a partir del primer año de vida y seguir desarrollándose, así como pueden ser complementados o sustituidos por otros. En el inicio de la vida el punto clave es una educación a la madre desde el amamantamiento de sus hijos, orientándola a que lo realice únicamente a través del seno materno en un tiempo de 6 meses y después complementaria hasta los 2 años, esta acción es fundamental en el desarrollo de un niño ya que repercute de manera fisiológica por el aporte nutricional y desarrollo facial, así como psicológica por ser su primera conexión con el mundo exterior y es en este momento donde descubre por medio de su madre sensaciones que le provocan satisfacción, seguridad y tranquilidad¹⁶.

En esta etapa surge la confianza en el niño entonces es importante transmitirla para generar una sensación de bienestar, de ser acogido y amado²⁵. Estas acciones nos podrían consolidar un niño que se siente satisfecho, que confía en que su madre hace todo para protegerlo y así no buscará satisfacer el deseo de succionar por tiempos muy prolongados, algo que esté fuera de la normalidad y al mismo tiempo podrá desarrollar una sensación de atención que lo mantendrán estable¹⁶.

2) Uso de biberón o chupón de forma moderada

Cuando un niño deja la lactancia materna suele intercambiarla por un biberón para continuar su alimentación o un chupón meramente para satisfacer la necesidad de succionar. Este es un paso difícil para los niños debido a que desarrollaron un hábito fisiológico que surgió con fin de alimentarse y al mismo tiempo una maduración facial, pero es un hecho que tiene que pasar. Si los niños fueron amamantados por medio del seno materno y existió una conexión de amor, protección y confianza por parte de la madre se habrá completado esa parte del desarrollo, pero al mismo tiempo la madre debe enseñar al niño a desapegarse en tipo y forma, una manera de hacerlo es por medio del uso del biberón o chupón^{17,25}.

Solamente en este momento se puede hacer uso de biberón para continuar con la alimentación pertinente de cada niño y el uso del chupón como un medio que facilite esta etapa de abandonar el seno materno, sin añadir endulzantes, con una adecuada higiene porque son un medio de contaminación y sin sobrepasar el límite de tiempo mayor a 1 año y medio de vida¹⁷.

Es correcto y necesario a veces proporcionarle chupón o biberón por tiempos muy limitados e ir retirando paulatinamente, todas estas acciones siempre deberán ser realizadas con paciencia, demostrando interés por la seguridad de los niños y prestando atención a sus necesidades^{17,25}.

3) Succión digital como una etapa normal

De la misma manera que un niño siente deseo por un biberón o un chupón lo puede sentir por alguno de sus dedos, sus labios o incluso cualquier otro objeto, esto puede suceder en lugar del biberón y chupón porque también es una forma de adaptación a abandonar el seno materno o por una prolongación después del uso de estos. También se puede confundir con la molestia que sienten en el momento en que están erupcionando sus

primeros dientes y así un deseo de llevarse algo a la boca para aliviar estas incomodidades¹⁶.

La succión digital al igual que el uso de biberón y chupón puede ser normal en tiempos limitados con el único fin de facilitarle su cambio de alimentación y exploración a un nuevo desarrollo, siempre y cuando no se sobrepase el año y medio de vida, es decir, solo darle uso un par de meses¹⁶.

Se debe aceptar que la succión digital es normal y es correcto permitir su uso sin miedo con una autoridad que establezca límites a base de la confianza, atención y paciencia^{16,25}.

Aquí puede surgir un arma para los niños, cuando realizas prohibiciones y amenazas ante ese hábito y no has sabido orientar a tus hijos o cuando no les has proporcionado la confianza, la atención y el amor que necesitan pueden incrementar el hábito a propósito, ellos observan que es una manera en la que tienen tu atención y lo vuelven una manipulación. Por eso es importante seguir un orden en la educación de padres a hijos^{16,25}.

4) Atención con la deglución del niño

Una parte importante como padres o adultos responsables de los niños es prestar atención a toda su persona, en este caso es prestar atención a la manera en que la que comienza a comer después de dejar el seno materno, esto entre los 2 y 3 años. Todos los seres humanos cumplimos funciones fisiológicas con evoluciones, en el caso de la deglución, cuando inicia desde el seno materno pasando por biberones se realiza de cierta manera porque así lo diseña el cuerpo de forma natural, una manera donde los niños acomodan la lengua diferente para poder succionar, la cual se denomina; deglución infantil y a veces después de esta etapa queda un ligero hábito por el cambio a otra manera de alimentación que irá desapareciendo. La manera correcta de deglutir será colocando el dorso de la lengua en el paladar y haciendo un ligero contacto de los dientes incisivos superiores con inferiores^{7,20}.

Pero, qué pasa si la deglución no se realiza de manera correcta, es decir, que la lengua esté empujando constantemente a los incisivos superiores por su cara palatina ocasionando una protrusión, entonces diríamos que existe el hábito de lengua. Esto puede pasar por dos razones; 1) un problema de inflamación en las amígdalas o afecciones respiratorias o 2) un hábito que surge a causa de una succión digital prolongada^{7,20}.

Es evidente que si surge por alguna anomalía anatómica no se puede evitar, pero sí darle tratamiento temprano y esto solo se logrará con una observación y atención prioritaria a los niños. La manera de evitarlo es primeramente prevenir las succiones por más de los tiempos establecidos para que no existan este tipo de rezagos. En su caso como mencionamos anteriormente una buena orientación y atención^{7,20,25}.

5) Atención a la respiración del niño

Otra observación importante que se debe hacer es la manera en que respiran los niños. Existe una respiración normal del ser humano y es la nasal, es decir, que únicamente entre y salga aire por este medio en condiciones normales. Por el contrario, cuando se observa una respiración por la boca tenemos un problema y se pueden observar otras características relevantes como; un perfil convexo, incompetencia labial, alteraciones en la postura y halitosis, también puede venir acompañado de un hábito de lengua^{17,20,25}.

La mayor parte de las veces esta situación es desencadenada por alguna patología o condición física es por eso la importancia de su detección temprana para dar el debido tratamiento y evitar anomalías más severas¹⁷.

6) Niños con tendencias a morder

La tendencia a morder es similar a la tendencia a succionar, pero este hábito comienza a aparecer cuando ya existen dientes, aunque la mayor tendencia es en la etapa de la pubertad y puede agravarse por otros

factores como hambre, aburrimiento e inactividad. El hábito más común es la onicofagia (morderse las uñas) pero también existe el de morder objetos, generalmente con mayor dureza^{20,22}.

En el caso de la onicofagia suele ser sólo un síntoma de un problema mayor que podría estar relacionado con trastornos mentales o emocionales en el cual a veces se ven más afectadas las uñas o el sistema inmunológico debido al transporte de bacterias. Pero también existe un daño en los dientes, un posible desgaste, movilidad, modificación de las posiciones y modificación orofacial ^{20,22}.

La manera de prevención suele ser desde una etapa temprana de vida, una crianza basada en atención y control por parte de los padres, niños que sean constantemente vigilados y orientados con confianza, paciencia y amor, que se desarrollen en un ambiente sin violencia, tranquilo y agradable. El niño siempre debe sentirse querido e importante, esto es clave para su educación y puede asegurar que no buscará un medio de manipulación para recibir atención porque él sabe que no la necesita²⁵.

Estas acciones evitan que los niños vivan con angustia o estrés y puedan desarrollar algún trastorno psicológico que los llevé a tener malos hábitos y pongan en riesgo su salud²⁵.

Se creó el siguiente material basado en el análisis de 6 puntos de estrategias de prevención (cuadro 5).

6 Puntos de Estrategias de Prevención



UN CORRECTO AMAMANTAMIENTO

Tiempo de **6 meses a 2 años complementarios**, acción fundamental en el desarrollo de un niño ya que repercute de manera fisiológica por el **aporte nutricional y desarrollo facial**. Influye de manera psicológica por ser su **primera conexión con el mundo exterior** y por medio de su madre descubre sensaciones de satisfacción, seguridad y tranquilidad.

Transmitir confianza para generar una sensación de bienestar, de ser acogido y amado.

Estas acciones nos podrían consolidar un niño que se siente satisfecho, que confía y así no buscará satisfacer el deseo de succionar por tiempos muy prolongados



USO MODERADO DEL BIBERÓN O CHUPÓN

Cuando un niño **deja la lactancia materna** suele intercambiarla por un biberón para **continuar su alimentación** o un chupón meramente para satisfacer la necesidad de succionar.

Este es **un paso difícil** para los niños debido a que desarrollaron un hábito fisiológico que surgió con fin de alimentarse y al mismo tiempo una maduración facial.

Enseñar al niño a **desapegarse en tipo y forma**.

Solo en este momento se puede hacer uso de biberón y chupón como un medio que facilite esta etapa, sin añadir endulzantes, con higiene y **sin sobrepasar** el límite de tiempo mayor a **1 año y medio de vida**.



SUCCIÓN DIGITAL COMO ETAPA NORMAL

Deseo por succionar como forma de **adaptación** a abandonar el seno materno o por una prolongación después de el uso de biberón y chupón.

Normal en tiempos limitados con el único fin de facilitarle su cambio de alimentación y exploración a un nuevo desarrollo, siempre y cuando **no se sobrepase el año y medio de vida**.

Permitir su uso sin miedo pero con **autoridad** y límites.

Pueden utilizarlo como **un arma** cuando realizas prohibiciones y amenazas ante ese hábito y no has proporcionado la confianza y atención necesaria ya que es una manera de **obtener atención** y lo vuelven una **manipulación**.



ATENCIÓN EN LA FORMA DE COMER

La manera de alimentarse **durante el amamantamiento** o biberón se realiza de forma natural para poder succionar, denominada; **deglución infantil, posterior** queda un **ligero hábito** por el cambio de alimentación que irá desapareciendo sin sobrepasar meses.

Después la manera correcta de deglutir será colocando el dorso de la lengua en el paladar y haciendo un ligero contacto de los dientes superiores con inferiores.

Identificar **deglución incorrecta**, la lengua empujará a los **dientes superiores** y habrá un **hábito de lengua**.

Pasa por dos razones; **1)** un problema en las **amígdalas** o vías respiratorias, necesita **tratamiento inmediato** **2)** un **hábito** que surge a causa de una succión digital prolongada, **prevenir succiones digitales prolongadas**.



Cuadro 5. Material, 6 estrategias de prevención. Fuente directa.

3.3.1. Educación a adultos

Una vez establecida la información necesaria para entender la relación del desarrollo fisiológico y psicosocial con el surgimiento de hábitos perniciosos podrán educar y recomendar el material a padres, profesores y adultos a cargo de niños. A continuación, se desarrolla un breve análisis sobre el papel de cada adulto en la vida del niño con el fin de que entiendan cómo intervenir en su educación²⁵.

3.3.1.1. Padres de familia

Los padres de familia tienen el papel más importante en la educación de los niños. La madre y su relación con el hijo es el nexo primordial para el primer desarrollo del niño ya que es quien lo alimenta y atiende sus primeras necesidades, pero también cumple un papel de espejo para el niño en el cual reflejan su estado de ánimo y de esta manera el niño puede descubrir su vida personal²⁶. Por otra parte, ella es quien le enseña a amar,

es la primera persona de quien se recibe este sentimiento y de esta manera nace la base principal de lo que el niño entiende por amor, la manera en que quiera dar y recibir, así sus relaciones estarán basadas en este principio²⁵.

El padre por su parte comienza a tener una relación con el niño a los 6 meses de edad, después de que el niño crea una relación con su madre en busca de sus necesidades primarias comienza a buscar otro tipo de relación secundaria y aparece la figura paterna. Si existe una relación conyugal favorable el padre proporcionará más atención y tiempo al niño, aunque las madres son las que pasan más tiempo con sus hijos. En ausencia del padre el niño crea un apego a otras figuras que le podrían causar semejanza a este, cabe destacar que los papeles de madre y padre no son intercambiables por la diferencia de relación. El padre fortalece la relación del niño con la madre y es una fuente de protección y orientación. El niño se reconocerá a sí mismo por la manera en que sea percibido por sus padres ²⁷.

Una vez entendido el rol de los padres en la vida del niño de forma muy breve, se elaboró un instructivo de enseñanza a padres (cuadro 6). Haciéndoles una invitación a que si se quiere saber más sobre el tema del desarrollo de padres e hijos deberán consultar otras fuentes de información más extensas porque es un tema largo pero conveniente de aprender para dar una crianza sana a los niños y brindarles salud mental y física, en este caso con un enfoque en el área bucal^{25,26,27}.

4 PASOS



CÓMO EDUCAR PADRES DE FAMILIA



Cuadro 6. Material para educar a padres. Fuente directa.

3.3.1.2. Profesores y cuidadores de niños.

La figura docente también juega un papel importante, su propósito en las primeras etapas educativas es la enseñanza básica y el desarrollo de habilidades socioemocionales y académicas, los profesores deben ser una guía para el desarrollo intelectual frente al descubrimiento de sus mejores virtudes. Los profesionales en pedagogía deben tener aptitudes como; el

sabio manejo de clase, habilidades de instrucción, enseñanza afectiva, reflexión, comunicación, compromiso, empatía y motivación para crear un ambiente de educación escolar enriquecedor²⁸.

Varias investigaciones sugieren que las competencias personales de los docentes deben desarrollarse con base a la inteligencia emocional descrita en el trabajo del autor Natalio Extremera y cols.²⁸ haciendo referencia a Thorndike quien define la inteligencia social como: "la capacidad de comprender y gestionar a hombres y mujeres, niños y niñas, para actuar sabiamente en las relaciones humanas" también menciona a Salovey y Mayer quienes describieron la inteligencia emocional como; "la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios y ajenos, discriminarlos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones".

Entonces los docentes tienen un papel importante en el éxito de un alumno, por ello es necesario que este sea capaz de entender y conocer a sus alumnos, es decir, los profesores tienen la obligación de prestar atención a cada uno de sus alumnos, de conectar con ellos y desarrollar un alto nivel de confianza que le permita detectar conductas alarmantes de sus estudiantes, por ejemplo; algún hábito pernicioso, el cual de ser así deberá reportarlo a padres de familia²⁸.

Por otra parte, debe crear ambientes acogedores y agradables, estableciendo un orden con exigencias, pero sin llegar a ser un generador de estrés o ansiedad, sin violencia ni amenazas. Debe enseñarles a los estudiantes a crear un motivo de ser y evitar el aprendizaje forzado^{25,28}.

Una vez entendido el rol de los profesores o cuidadores en la vida del niño de forma breve, se elaboró un instructivo de enseñanza a profesores (cuadro 7), considerando que ellos ya cuentan con las estrategias de qué hacer en estos casos en los que noten una conducta anormal como un mal hábito²⁸.

CÓMO EDUCAR PROFESORES

1

RECORDAR CUÁL ES SU ROL COMO **PROFESORES O ENCARGADOS DE NIÑOS**, EL DE INSTRUIR ENSEÑANZA BÁSICA Y EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES Y ACADÉMICAS, ASÍ COMO CREAR UNA CONEXIÓN DE CONFIANZA POR MEDIO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL QUE LOS ACERQUE A SUS ALUMNOS Y ASÍ PUEDAN CONOCERLOS PARA PODER IDENTIFICAR CONDUCTAS ANORMALES.



2

SIEMPRE QUE SE IDENTIFIQUEN CONDUCTAS ANORMALES INFORMAR A PADRES DE FAMILIA PARA PODER DAR EL TRATAMIENTO ADECUADO.
SOBRE HÁBITOS PERNICIOSOS BUCALES HACER LA RECOMENDACIÓN DE ACUDIR CON SU **ODONTOPEDIATRA** Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA SI ES GRAVE.



Cuadro 7. Material para educar profesores. Fuente directa.

3.3.2. Educación a niños y adolescentes

La educación para niños y adolescentes por parte del odontólogo u odontopediatra será únicamente en el consultorio o esporádicamente en algún programa o invitación de promoción de la salud²⁹.

Todo odontólogo que se disponga a atender niños debe tener en consideración que su responsabilidad no será únicamente realizar procedimientos, sino el desempeño de un papel importante en el área psicológica y educacional, de forma personalizada de acuerdo con las necesidades de cada niño³⁰. La odontopediatría afirma que el niño necesita

un trato especial y que su primera consulta debe ser positiva, los odontólogos y más los odontopediatras deben estar preparados para esto²⁹.

En varias ocasiones los niños presentan ansiedad ante las citas con el odontólogo lo que hace la tarea del profesional más complicada, obteniendo niños no cooperadores por miedo y asistir a consulta los pone nerviosos. La ansiedad dental se define como una sensación de aprensión sobre el tratamiento dental y esta no es el problema, sino las estrategias incorrectas para tratarla³⁰.

Los padres también tienen un rol importante en este momento, desde tomar la decisión de llevar a sus hijos al dentista o no, y a qué edad, aceptar o rechazar los tratamientos recomendados y por supuesto el comportamiento de los niños a la hora de ser atendidos, aunque es evidente que tendrán miedo y ansiedad, ellos deben ser la primera clave para tener una estrategia que controle estas emociones. La relación de padres, hijos y odontólogo es primordial para consultas exitosas, así como para seguir las recomendaciones del odontólogo, entre ellas y de las más importantes la higiene dental y tener buenos hábitos³⁰.

La mayor parte de veces la razón por la que un niño acude al dentista es porque ya existe un problema, aunque en algunos casos lo pueden hacer por revisión rutinaria. Los especialistas ya cuentan con estrategias necesarias para cada situación, están capacitados para saber cómo tratar a cada paciente²⁹.

En el trato del odontólogo hacia los niños siempre es conveniente generar una conexión y tener acciones que lo faciliten como; la técnica "decir-mostrar-hacer" considerada la mejor para pacientes de corta edad, conocer la madurez del niño ya que indicará cómo llevar a cabo la práctica odontológica, hacer uso de cualquier método siempre y cuando se adapte

a las necesidades de cada paciente, hacer uso de técnicas físicas cuando ya no hay opciones aunque lo ideal es lograr la cooperación sin técnica física, adecuar el lenguaje, actitud, expresión facial y tono de voz ante cada situación, hacer uso de historias o metáforas es una buena estrategia y tener acuerdos con los padres para que no transmitan sus miedos³¹.

Cuando se obtiene la confianza de los niños será más fácil identificar conductas anormales por medio del comportamiento y de la comunicación verbal, es importante ser observadores para dar diagnósticos acertados. Hablando específicamente de hábitos perniciosos bucales los profesionales deben tener conocimiento para identificarlo y dar tratamiento adecuado o remitir con el especialista pertinente³¹.

CONCLUSIONES

Los hábitos perniciosos son acciones repetidas que ponen en riesgo la salud oral. La consecuencia más importante que tienen es el desarrollo de una maloclusión que surge debido a los constantes movimientos que se realizan en el área bucal provocando modificaciones las cuales afectan de manera fisiológica al no poder realizar funciones de forma normal y en el ámbito psicosocial se ve afectada la apariencia estética trayendo como consecuencia baja autoestima, sumado al problema principal de estado psicológico que ya existe por el hecho de haber desarrollado un hábito pernicioso.

Se considera que la población más afectada por hábitos perniciosos de algún tipo es aquella de dentición primaria y mixta, es decir, la población infantil, lo que nos arroja como resultado que dos tercios de la población sufren algún tipo de hábito perjudicial para su salud bucal que afecta su salud en general. Los factores que podrían desencadenar un hábito pernicioso surgen durante el desarrollo psicosocial de los niños, en el cual los padres o personas a cargo de niños podrían no realizar un correcto desempeño en su educación. En los casos donde es inevitable que se desencadene un hábito pernicioso debido a condiciones fisiológicas es importante detectarlo a tiempo poniendo atención a las anormalidades, esta será la clave para evitar problemas más severos y darle el adecuado tratamiento con el personal de la salud que corresponda.

Las estrategias de prevención de hábitos perniciosos se basan en la educación de los padres y adultos a cargo de cuidar niños, ya que son ellos quienes tendrán un mayor impacto psicosocial en la vida de los infantes. Una educación de acciones positivas basadas en el papel de cada adulto, siendo el más importante el de la madre con una de las estrategias más exitosas; un correcto amamantamiento. Solo con estas acciones se asegura una estabilidad que puede prevenir la aparición de algún hábito pernicioso.

REFERENCIAS

1. Pinedo Hernández Sarahi, Ayala Rojas Brenda, Vierna Quijano José María, Carrasco Gutiérrez Rosendo. Severidad de las maloclusiones y necesidad de tratamiento ortodóncico con el Índice de Estética Dental (DAI). Oral [Revista en Internet] 2012 sep [citado 2023 Oct 11]; 13 (42): 884-887. Disponible en: <https://goo.su/s5ne>
2. Di Santi de Modazo J, Vázquez Victoria B. Maloclusión clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev Lat Ortod Odontop [Revista en Internet] 2005 [citado 2023 Oct 11]; s/n: 15-9. Disponible en: <https://goo.su/3r6Jwzc>
3. Cisneros Dominguez Grethel, Cruz Martínez Irene. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. MEDISAN [Revista en Internet]. 2017 Jul [citado 2023 Dic 06]; 21(7): 781-787. Disponible en: <https://goo.su/cX4zD8>
4. Ugalde Morales Francisco Javier. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM [Revista en Línea] 2007 Jun [citado 2023 Oct 11]; 64 (3): 97-109. Disponible en: <https://goo.su/uQQ1ES>
5. Quirós Álvarez Oscar, Quirós C. Jelsyka, Quirós C. Oscar. Uso de Pistas Directas para la Corrección Temprana de Maloclusiones Esqueleticas [En Línea] AMOLCA, Actividades Médicas 2021 [consultado 4 Oct 2023]. Disponible en: <https://goo.su/Mepk>
6. Alpízar Quintana Raquel, Moráquez Perelló Gretel, Segúen Hernández Jacqueline, Montoya Lage Ada Legna, Chávez González Zulema. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. MEDISAN [Revista en Internet]. 2009 Dic [citado 2023 Oct 10]; 13(6). Disponible en: <https://goo.su/J13e>
7. Moyers Robert E. Tratado de ortodoncia. 1a Edición. México 1963. Editorial Interamericana. S. A.
8. Aguilar Moreno Norma Angélica, Taboada Aranza Olga. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Oct 11]; 70(5): 364-371. Disponible en: <https://goo.su/lmtxz>
9. Pipa Vallejo A., Cuerpo García de los Reyes P., López-Arranz Monje E., González García M, Pipa Muñoz I., Acevedo Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Av. Odontoestomatol [Revista en Internet]. 2011 Jun [citado 2023 Oct 06]; 27(3): 137-145. Disponible en: <https://goo.su/LDtwN>

10. Mendoza Oropeza Laura, Meléndez Ocampo Arcelia F., Ortiz Sánchez Ricardo, Fernández López Antonio. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mex Ortodon [Revista en Internet] 2014 [Citado 2023 Oct 10]; 2(4): 220-227. Disponible en: <https://goo.su/jFDIL>
11. Murrieta-Pruneda José Francisco, Allendelagua Bello Reyna Isabel, Pérez Silva Luis Enrique, Juárez-López Lilia Adriana, Linares Vieyra Celia, Meléndez Ocampo Arcelia Felicitas et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en Internet]. 2011 Feb [citado 2023 Oct 07]; 68(1): 26-33. Disponible en: <https://goo.su/Yv4n>
12. Crespo Crespo Cristina Mercedes, Carrasco Aulestia Julieta Guadalupe, Ramirez Velásquez Mariela Del Carmen y Chicaiza Sánchez Henry Jonathan. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares. Revista Killkana Salud y Bienestar [Revista en Internet] 2020 ago [citado 2023 Oct 11]; 4(2): 1-6. Disponible en: <https://goo.su/1oC1irY>
13. Silva Pérez Gabriela Aracely, Bulnes López Rosa María, Rodríguez López Luz Verónica. Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. Revista ADM [Revista en Internet] 2014 mar [citado 2023 Oct 10]; 71(6): 285-289. Disponible en: <https://goo.su/8f7tWsW>
14. Chamorro Andrés Felipe, García Catalina, Mejía Eliana, Viveros Elizabeth Soto Libia, Triana Francia Elena, Valencia Carlos. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev. CES Odont [Revista en Internet] 2016 nov [citado 2023 Oct 11]; 29 (2). Disponible en: <https://goo.su/2IE7vxa>
15. J.A. Marina. Los hábitos, clave del aprendizaje. Brújula para educadores [Revista en Internet] 2012 [citado 2023 oct 16]; 16(8): 662.e1-662.e4. Disponible en: <https://goo.su/M7cBBkn>
16. Graver Dr. T. M. Ortodoncia Teoría y práctica. 3a Edición, Editorial Interamericana S. A de C. V. México D, F 1985. pp. 283,
17. Hurtado Sepúlveda Camilo. Ortopedia maxilar integral. 1a Edición, Bogotá, Ecoe Ediciones 2012, pp 19-72.
18. Mendoza Alfredo, Asbún Paola, Crespo A. Andrea, Gonzales Susana, Patiño Rosa. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Rev. bol. ped. [Revista en Internet]. 2008 Ene [citado 2023 Oct 20]; 47(1): 3-7. Disponible en: <https://goo.su/f9Naz7Y>

19. Barbosa da Rocha, N; Isper Garbin, A. J; Saliba Garbín, C. A; Saliba Moimaz, S. A; Saliba, O; Gonçalves, P. E. Amamantamiento y hábitos de succión no nutritivos: un estudio de cohorte. Rev Acta Odontologica Venezolana [Revista en Internet]2013 Feb[citado 2023 Oct 20]; 51(3). Disponible en: <https://goo.su/ODcF>
20. Moyers Robert. E. Manual de ortodoncia. 4ta edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina 1992, pp. 131-163.
21. Cervera José Fco. y Ygual Amparo. Guía para la evaluación de la deglución atípica. Rev Cuadernos de Audición y Lenguaje. [Revista en Internet] 2002 Feb [Citado 2023 Oct 23] nº3, Sección A: 57:65. Disponible en: <https://goo.su/2NYHYnC>
22. Restrepo Serna Claudia Cecilia. Tratamiento de la onicofagia en niños. Rev. odontopediatra. latino. Artículo de revisión [Revista en internet] 2011 jun[Citado 2023 Oct 24]; 1(1): 93-101. Disponible en: <https://goo.su/RhGd>
23. De La Guardia Gutiérrez Mario Alberto, Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación para la salud. JONNPR [Revista en Internet]. Enero de 2020 [citado 2023 Oct 27]; 5(1): 81-90. Disponible en: <https://goo.su/4w31vk>
24. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Revista en Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Oct 27]; 33(1): 7-11. Disponible en: <https://goo.su/EQSZb>
25. Bordignon Nelso Antonio. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación [Revista en Internet] 2005 Dic [citado 2023 Nov 3]; 2(2): 50-63. Disponible en: <https://goo.su/Zeiudr>
26. Betancourt M. Liliana, Rodríguez Guarín Maritza, Gempeler Rueda Juanita. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Médica [Revista en Internet] 2007 [citado 2023 Nov 3]; 48(3): 261-276. Disponible en: <https://goo.su/1Uqyk>
27. Quaglia Rocco, Vicente Castro F. El papel del padre en el desarrollo del niño. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Revista en Internet] 2007 [citado 2023 Nov 4]; 1(2): 167-18. Disponible en: <https://goo.su/fjrp4xU>
28. Extremera Natalio, Mérida López Sergio, Sánchez Gómez Martín, La importancia de la inteligencia emocional del profesorado en la misión educativa: impacto en el aula y recomendaciones de buenas prácticas para su entrenamiento. Voces de la educación [Revista en Internet]

- 2019 Nov [citado 2023 Nov 4]; 1(2): 74–97. Disponible en: <https://goo.su/Ary5q3T>
29. Pombo Sánchez Antonio. El niño y la odontopediatría. Rev. Intercambios papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi [Revista en Internet] 2020 [citado 2023 Nov 5]; (45): 77-81. Disponible en: <https://goo.su/y9pCFH>
30. Munayco Pantoja Evelyn R., Mattos-Vela Manuel A., Torres Ramos Gilmer, Blanco Victorio Daniel J. Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico. Rev. Odovtos [Revista en Internet] 2018 Dic [citado 2023 Nov 20]; 20(3): 81-91. Disponible en: <https://goo.su/i0z1je>
31. Moradas Estrada Marcos, Álvarez López Beatriz. Estrategias para modificar la conducta de paciente y dentista en la práctica odontológica general. Revista Europea de Odontoestomatología [Revista en Internet] 2018 Jul [citado 2023 Nov 20] s/n. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=290>