

01421
265



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ONICOFAGIA EN NIÑOS:
¿HÁBITO O SÍNTOMA?**

Dirección General de Bibliotecas
LUNAM, mande en formato electrónico e imp.
comentado de mi trabajo recepti.

NOMBRE: Octavio Pérez-Rincón
Merlín

FECHA: 24 abril 2003

FIRMA: [Firma]

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

OCTAVIO PÉREZ-RINCÓN MERLÍN

DIRECTOR DE TESINA: MTR. GUSTAVO PARÉS VIDRIO



MÉXICO D.F.

[Firma]

MAYO 2003

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Por que gracias a ellos he llegado hasta donde estoy y por que siempre han estado a mi lado en todos los proyectos de mi vida.

Al Mtro. Gustavo Parés:

Por el apoyo que me brindó para la realización de ésta empresa.

A Aurora:

Por que nuestros caminos se encontraron en el momento más oportuno de nuestras vidas, dando un giro a favor en ellas.

A mis amigos: Rodrigo, Rubén, Luis, Israel, Rafael, Alejandra, Georgina, Adriana, por la amistad incondicional que me brindaron a lo largo de mi carrera y por los momentos inolvidables que vivimos.

A mis profesores:

Por las enseñanzas que en mi dejaron y por motivarme cada día a ser un buen profesionista.

A mis compañeros:

Por que en mi dejaron experiencias que son también fuente de aprendizaje.

ÍNDICE

Introducción	
1. Conceptos de Hábito y Síntoma	3
1.1. Definición de Hábito	3
1.2. Definición de Síntoma	4
1.3. Definición de Signo	5
2. Definición de Hábitos Bucales Nocivos	6
3. Hábitos Bucales Nocivos más Frecuentes	7
3.1. Succión Digital	7
3.1.1 Factores Etiológicos	8
3.1.1.1. Culturales	8
3.1.1.2. Psicológicos	8
3.1.1.3. Fisiológicos	8
3.2. Protusión Lingual	10
3.2.1. Causas	10
3.2.1.1. Succión	11
3.2.1.2. Alimentación	11
3.2.1.3. Problemas Respiratorios	11
3.2.1.4. Macroglusia	11
3.2.1.5. Alteraciones Cerebrales	11
3.2.1.6. Problemas Psicológicos	11
3.3. Respiración Bucal	12
3.4. Onicofagia	15
4. Onicofagia	16
4.1. Definición Etimológica	16
4.2. Descripción de la Onicofagia	16
4.3. Clasificación	17
4.3.1. Leve	17
4.3.2. Severa	17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Psicogénesis de la Onicofagia	20
5.1. Descripción	20
5.2. Teorías de la Etiología de la Onicofagia	21
5.2.1. Psicoanalítica	21
5.2.2. Aprendizaje	23
5.2.3. Genética	24
6. Prevalencia de la Onicofagia	25
7. Efectos Nocivos de la Onicofagia	30
7.1. Melanoniquia	30
7.2. Traumatismo en Encía y Parodonto	32
7.3. Automutilación	33
7.4. Resorción Radicular	34
8. Tratamientos para la Onicofagia	36
8.1. Psicoterapia	36
8.2. Farmacoterapia	39
8.3. Tratamiento Intrabucal	40
8.4. Persuasión	42
8.5. Sedación Nocturna y Digitopuntura	44
8.6. Barnices	45
Conclusiones	46
Bibliografía	48

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

La onicofagia es un hábito bucal frecuente en niños y adolescentes; su aparición se atribuye a: ansiedad, imitación, herencia, así como a una transformación del hábito de succión digital¹.

Es un hábito bucal que de no ser tratado puede permanecer durante la vida adulta, aproximadamente el 10% de los adultos mayores de 35 años la presentan².

La prevalencia de la onicofagia en niños es considerable y aumenta conforme avanza la edad, teniendo su mayor índice en la adolescencia³. Esto se puede atribuir a que conforme avanza la edad el niño se enfrenta a desafíos que tienen cada vez una mayor dificultad de resolución, por lo que en ocasiones tienen frustraciones por no conseguir el resultado esperado; en la adolescencia los jóvenes cada día enfrentan situaciones desafiantes propias de la etapa, las cuales producen un sinnúmero de situaciones estresantes. Posterior a la etapa adolescente la incidencia de la onicofagia disminuye conforme avanzan los grupos de edades, disminuyendo considerablemente el porcentaje en el grupo de 21 a 26 años conforme el grupo de 15 a 19 años, pero no disminuye de una manera significativa en el siguiente grupo comprendido por personas mayores a 32 años⁴.

Para su estudio la onicofagia se divide en leve y severa, las cuales son difíciles de diferenciar, aunque si es posible lograrlo. La onicofagia leve no es muy destructiva, únicamente limita el crecimiento de las uñas, por el mismo hábito de estarlas mordiendo, si el hábito se presenta durante un tratamiento ortodoncico aumenta la resorción radicular por ser una fuerza traumática; por el contrario la onicofagia severa produce gran destrucción de las uñas y de

¹ Alexander, K.C., Leung, Nailbiting, Clinical Pediatrics, vol. 29, No. 12, diciembre 1990.

² Ib

³ Westling Lillian, Fingernail Biting: A Literature Review and Case Reports, The Journal of Craniomandibular Practice, Vol. 6, No. 2, abril 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

los tejidos blandos adyacentes, provocando la aparición de infecciones en la cavidad bucal, y es considerada como un síntoma de algunos trastornos del comportamiento⁵.

Para eliminar este tipo de conductas no es suficiente el prohibir la realización de ellas, pues esto puede provocar un estrés adicional que en lugar de mejorar la situación la puede agravar⁶.

Los tratamientos probados para eliminar la onicofagia van desde la persuasión hasta la realización de terapias psicoanalíticas enfocadas a eliminar las conductas autodestructivas. Es importante iniciar este tipo de terapias pues la onicofagia cuando se presenta en su forma severa es comparada con la automutilación o con la autolaceración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴ Kleinrok Maria, Mielnik-Hus Jolanta, Investigations on Prevalence and Treatment of Fingernail Biting, The Journal of Craniomandibular Practice, Vol. 8, No. 1, enero 1990.

⁵ Ib Pp 47

⁶ Ib Pp 48

1. CONCEPTOS DE HÁBITO Y SÍNTOMA



1.1 Definición de Hábito

Un hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. El acto con cada repetición se hace menos consciente y si se hace a menudo puede ser relegado a la mente subconsciente convirtiéndose real y finalmente en un modelo del inconsciente⁷. Es decir, cuando el hábito lleva mucho tiempo siendo practicado el individuo al realizarlo no se percata de que lo realiza pues no es consciente del acto ya que éste es dominado ya por el inconsciente.

Para la mayoría de los odontólogos, los hábitos bucales representan unicamente un factor etiológico de maloclusiones, y adquieren importancia cuando piensan realizar un tratamiento correctivo. Actualmente los hábitos han adquirido una mayor importancia, atrayendo el interés de odontólogos, odontopediatras, pediatras, psiquiatras, psicólogos, pedagogos y padres; por ser sujeto de estudio de la ciencia de la conducta. Tratar de determinar e interpretar el origen de ellos nos conducirá a encontrar los procedimientos a seguir cuando se presenta un hábito bucal persistente en los niños.

Como odontólogos es fundamental conocer las circunstancias en que se presentan dichos hábitos, por ser de carácter psicológico y emocional es necesario hacer un análisis del problema, señalando las tendencias y orientaciones de el mismo, lo cual nos ayudará a reconocer los posibles problemas que pueden determinar la presencia de un hábito bucal y su influencia dentro del proceso de desarrollo del niño.

Vale la pena señalar que el estudio de los hábitos se ha convertido en la actualidad en un campo de interés para los odontopediatras ya que la

⁷ Sogbe, Conceptos básicos en odontología pediátrica, editorial desinlimed, Caracas 1995

presencia de ellos revelan aspectos ambientales , afectivos y del desarrollo de los pacientes infantiles.

Tres Definiciones Conceptuales de Hábitos:

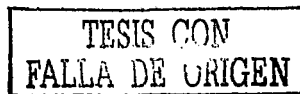
1. "El hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el hábito se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción del todo inconsciente".
2. "Es la manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos".
3. "Es un componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de su ejecución".⁸

Las tres definiciones tienen en común que un hábito es: un patrón de conducta inconsciente, repetitivo y sin control.

1.2 Definición de Síntoma

Es la manifestación de un padecimiento físico o mental, puede ser también cualquier fenómeno inespecífico común a diversas enfermedades o trastornos mentales⁹.

Por lo tanto la onicofagia tiene alguna relación con ser un síntoma, pues no únicamente es un hábito bucal como ha sido clasificado siempre por la literatura odontológica, si no también es un síntoma que acompaña a ciertos trastornos del comportamiento, como puede ser el obsesivo compulsivo, y que en esos casos es relegado al tratamiento de la psicopatología.



⁸ Ib Pp. 576

⁹ Diccionario Breve de Medicina, ediciones científicas la prensa médica mexicana, 1 ed., 1983, México

Es importante diferenciar a la onicofagia cuando se trata de un hábito y cuando se trata de un síntoma, aunque en ambos casos la onicofagia tiene una psicogénesis la diferencia radicaré en su clasificación; debido a ello nosotros como cirujanos dentistas al tener un paciente infantil con onicofagia podemos descubrir distintas alteraciones que pueden ir desde el déficit de atención hasta trastornos psiquiátricos, los cuales en muchas ocasiones no han sido descubiertos con anterioridad y una vez identificado el problema podemos contribuir a su rehabilitación afectiva y del comportamiento.

1.3 Definición de Signo

Un signo es definido como una prueba objetiva o manifestación física de una patología, por lo que toda manifestación que podamos observar de una enfermedad es un signo de ella.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. DEFINICIÓN DE HÁBITOS BUCALES NOCIVOS

Muchas de las alteraciones en la salud bucodental son producto de la actividad no fisiológica de ella, ésta actividad no fisiológica es producida en ocasiones por los hábitos orales.

Cuando el niño empieza a explorar su entorno fuera de la relación madre-hijo, comienza una maduración psicológica; una vez que el niño abandona el contacto materno experimenta estados de ansiedad que pueden llegar a provocar la aparición de esos hábitos bucales. Esto explicado por una teoría de Freud como una fijación de la fase oral que se convierte en una distorsión del proceso de psicofisiología oral. Así la persistencia de los hábitos de succión (digital, lingual, labial) y de morder (uñas, labios, objetos extraños) se adapta a dicha teoría de Freud, por ser los hábitos considerados como una fijación producto de la frustración que experimenta el niño al tratar de resolver problemas del medio ambiente familiar y social.¹⁰

Algunos de los factores etiológicos que menciona la literatura científica considerados responsables de la aparición de los hábitos bucales en niños son: conflictos familiares, presiones escolares, estrés de la ciudad y la imitación de las actividades que observan a su alrededor, así como la posible irritación provocada por la erupción dental y las interferencias oclusales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁰ Sogbe op cit Pp 578

3. HÁBITOS BUCALES NOCIVOS MÁS FRECUENTES

3.1 SUCCIÓN DIGITAL

La respuesta de succión se origina entre la semana decimoprimeras del desarrollo embrionario, y se considera uno de los patrones de comportamiento complejo más temprano en el recién nacido. El reflejo de succión constituye una respuesta innata y estereotipada, ante un estímulo en la región oral, de forma que cuando algo contacta con las mejillas o labios, los bebés dirigen sus movimientos al estímulo; además intentan introducir en la boca lo que entre en contacto con sus manos, esta temprana organización nerviosa, permite al niño alimentarse de su madre¹¹. (Fig. 1)

Cuando el lactante madura desaparece este reflejo apareciendo en su lugar funciones motoras voluntarias como son la succión prenatal o intrauterina y la succión nutricional. La primera aparece como un mecanismo de entrenamiento para la succión nutricional del neonato. La segunda asegura una de las funciones vitales del individuo; la nutrición, mediante la succión-deglución de la lactancia. Por otra parte, tanto la succión primitiva no nutritiva como la tardía o recidiva forman parte de los hábitos de succión, esta puede ser: digital (sobre todo la del pulgar), lingual, labial, o de objetos. Los hábitos de succión que se producen durante el primero e incluso el segundo año, suelen considerarse normales o aceptables,¹² pasando esta edad ya no se consideran normales y su práctica puede llegar a ser dañina. (Fig. 2 y 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹¹ Nieves Paloma y Martín Sara, Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico: Enfoques terapéuticos, www.coem.org/revista/05_97/articulo.html

¹² Turgeon-O'Brien Huguette, Nutritive and Nonnutritive Sucking Habits: A review, Journal of Dentistry for children, oct-sep 1996

3.1.1 FACTORES ETIOLÓGICOS

La succión digital es el resultado de diversos factores, como son:

3.1.1.1 Culturales o de civilización

Como la falta de lactancia al pecho y alimentación artificial ya que no se ha observado la persistencia del hábito de succión mientras tiene lugar el amamantamiento materno. Nieves considera a la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico.

3.1.1.2 Factores psicológicos

La succión es considerada como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes, o bien como un trastorno asociado a alteraciones del comportamiento. Es por eso que algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como la onicofagia.

3.1.1.3 Factores fisiológicos

Se afirma que puede ser un mecanismo desarrollado para compensar insuficiencias respiratorias, y no un simple hábito que produzca placer o comodidad. Los hábitos de succión tardíos y sus recidivas son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares, por lo que el niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que les parece muy duro.¹³

Nieves afirma también que las distintas teorías no son completamente incompatibles unas con otras, más bien debe considerarse el hábito como un patrón de conducta multivariado, por lo que es posible que comience por una razón y se mantenga luego por otros factores¹⁴.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹³ Nieves Paloma, op cit, www.coem.org/revista/05_97/ariculo.html

¹⁴ Barber Thomas, Odontología Pediátrica, edit. Manual moderno, 1985, México

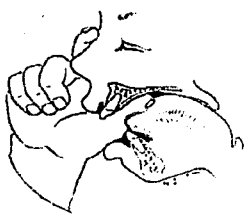


Fig. 1 Diagrama de cómo se realiza la succión digital



Fig. 2 Aspecto bucal de paciente con succión digital



Fig. 3 Manos de paciente succionador



Fig.4 Aspecto de paciente con protusión lingual

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2. PROTUSION LINGUAL

Los primeros movimientos deglutorios comienzan en la semana número trece del desarrollo embrionario. En el recién nacido y durante la primera etapa de la vida, la lengua debe ocupar una posición anterior para asegurar una vía respiratoria permeable, asimismo, el neonato posee una mandíbula retrognática y una macroglosia relativa. Por ello la lengua, en este momento, tiene que adaptarse a una cavidad oral reducida¹⁵.

Después de los primeros seis meses de vida, ocurren varios sucesos de maduración que alteran el funcionamiento de la musculatura orofacial. La erupción de los incisivos conduce a la lengua a una posición más retruida y con la oclusión bilateral de los molares, se inicia el aprendizaje de la deglución madura. Esta transición de deglución inmadura (primaria o infantil) a madura (secundaria o adulta) ocurre durante varios meses, la mayoría de los niños alcanzan estos rasgos entre los doce y quince meses¹⁶. En la época de cambio de dentición temporal a dentición permanente, la lengua es desproporcionadamente grande. Cuando los dientes temporales se exfolian y especialmente en el sector anterior, comienza una actividad protrusiva de la punta de la lengua, esto generalmente ocurre de forma temporal y cesa con la erupción de los dientes permanentes. (Fig. 4) Por lo tanto no se considera en estos casos a la protusión lingual como un hábito pernicioso.

3.2.1 CAUSAS

Existen distintas teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual: efecto del hábito de succión, a la alimentación artificial, a problemas respiratorios, a macroglosia, a alteraciones cerebrales, y a problemas psicológicos.

¹⁵ Forrester Donald, Pediatric dental medicine, edit. Lea and Febiger 1981, Filadelfia

¹⁶ Ib

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.1.1 Succión digital y del biberón

Aparece el hábito de interposición lingual como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución, el cual no es adecuado por la mordida abierta que provocó la succión.

3.2.1.2 Alimentación artificial

Debido a que algunos biberones inadecuados tienen orificios demasiado grandes, fuerzan al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.

3.2.1.3 Problemas respiratorios

La existencia de unas amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, ocasionan que la raíz de la lengua quede comprimida; para evitarlo, la mandíbula desciende de forma refleja, separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución en una posición más cómoda. En los problemas respiratorios, se produce además, una falta de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares. Al faltar el sellado no se produce un freno en el adelantamiento de la lengua.

3.2.1.4 Macroglosia

Obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada

3.2.1.5 Alteraciones cerebrales

Estas dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas o la lengua y el desarrollo de un patrón de deglución correcto.¹⁷

3.2.1.6 Problemas psicológicos

La alteración de la deglución puede ser un síntoma de inmadurez afectiva y emocional que expresan una dificultad de adaptación.

¹⁷ Sogbe op cit

3.3. RESPIRACION BUCAL

El síndrome de respiración bucal, ya sea por obstrucción o por hábito, produce serias alteraciones en el aparato estomatognático que afectan al niño tanto a nivel estético, funcional y psicológico. (Fig. 5)

Con la finalidad de encontrar la relación entre el hábito de respiración bucal y maloclusiones, la Dra. Lydia Barrios en la provincia de Artemisa, en La Habana, tomó una muestra de 600 niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 3 y los 14 años; a los cuales se les registró el tipo facial, la competencia labial, la relación molar, y el ancho transversal de la arcada. Los dividió en tres grupos de edades de 3 a 5, 6 a 11 y 12 a 14 años. Los resultados que logró obtener con la investigación fueron que el 24.7% de los niños eran respiradores bucales, de los cuales el grupo de 6 a 11 años era el más afectado y el sexo femenino era el que tenía mayor predisposición. También encontró que de todos los casos de respiradores bucales el 94.5% presentaba incompetencia labial, el 86% micrognatismo transversal, y el 77% tenía un perfil de tipo convexo, así mismo se descubrió que la maloclusión más frecuente era la clase II.¹⁸

El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial, sino general; por esto se considera que la respiración bucal es normal sólo cuando se realiza bajo esfuerzos físicos muy grandes.

Los efectos inmediatos de la respiración bucal consisten en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo en la boca y la faringe; de esta forma se pierden las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de la irritación de la

¹⁸ Barrios Felipe Lydia, Hábito de respiración bucal en niños, Revista Cubana de Ortodoncia, Vol. 16 No. 1, 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mucosa faríngea, por lo que la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre es menor de lo normal. (Fig. 6)

Los efectos a largo plazo de la respiración bucal en el macizo nasomaxilar son más complejos y de mayor alcance. Desde que se abre la boca, la lengua desciende y pierde contacto con el maxilar, la tensión de los músculos varía produciendo una serie de alteraciones en la función muscular que incide en la postura de la mandíbula.¹⁹

La respiración bucal constituye un síndrome cuya etiología se debe a causas obstructivas, por hábitos y por problemas anatómicos.

Los que respiran por la boca por obstrucción, son aquellos que presentan desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, inflamación crónica y congestión de la mucosa faríngea, alergias e hipertrofia amigdalina.

Los que lo hacen como un hábito, mantienen esta forma de respiración aunque se les hayan eliminado el obstáculo que los obligaban a hacerlo, y los que lo hacen por razones anatómicas, son aquellos que poseen un labio superior corto que no les permite un cierre labial completo por lo que tienen que realizar enormes esfuerzos.

Las características del cuadro clínico varían en relación directa a la parte de la vía aérea que esté alterada y de la salud del paciente.

También es importante señalar que el tiempo de evolución es un factor importante relacionado a la afectación estética y funcional del paciente²⁰.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁹ Fernández Cellis María y Acosta América, Hábitos deformantes en niños escolares de primaria, Revista Cubana de Ortodoncia, vol. 12 No. 2, 1997

²⁰ Forrester op cit



Fig. 5 Aspecto facial de respirador bucal



Fig. 6 Cavidad bucal de paciente con respiración bucal



Fig. 7 Forma en que se realiza la onicofagia



Fig. 8 Uñas roídas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4 ONICOFAGIA

Se define como el acto de morderse las uñas. (Fig. 7 y 8) Es un acto muy frecuente en niños de edad escolar (aproximadamente un cuarto de la población infantil), sin predilección observable por algún sexo, y que se inicia entre los 4 y 5 años de edad para alcanzar su cumbre entre los 11 y 13 años, conducta que de no ser tratado puede continuar durante la adolescencia y seguir presente en la vida adulta.

La onicofagia es englobada odontológicamente dentro de los hábitos bucales "nefastos". Dentro de éstos hábitos se encuentran también: la succión del pulgar, succión del labio, bruxismo y protusión lingual, lo cual se ha mencionado con anterioridad.

El niño con onicofagia es entonces aquel que tiene la costumbre de morderse las uñas, éste según los psicoanalistas tendrá generalmente una personalidad viva, hiperactiva, autoritaria, inestable y en ocasiones desobediente.²¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²¹ Ib Pp 594

4. ONICOFAGIA

4.1. DEFINICIÓN ETIMOLÓGICA

Etimológicamente, onicofagia viene del griego onyx (uña) y phagein (comer), se define como una costumbre de "comerse o roerse" las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encía así como el desarrollo de diversas infecciones. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección mental²².

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA ONICOFAGIA

Al igual que la succión de dedo, la onicofagia puede considerarse como un ejemplo de formas de actuar ante momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

La onicofagia es considerada como un hábito patológico muy extendido en la infancia y edad juvenil que influye negativamente en la estética del paciente tanto dental como esquelético.

La continua y reiterada manía ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la cavidad bucal. Los microtraumatismos que la uña ocasiona en las mucosas labiales hacen que aparezcan infecciones oportunistas como las lesiones herpéticas. Así mismo, la estética de las manos se ve mermada por la presencia de uñas escasas e irregulares.

La onicofagia constituye una preocupación para los padres de pacientes infantiles y adolescentes.

²² Diccionario terminológico de ciencias médicas, edit. Salvat 12° ed. 1984, Barcelona

4.3. CLASIFICACIÓN

4.3.1 LEVE

La onicofagia en esta forma es una actividad relacionada con estados de ansiedad y depresión transitorios. La onicofagia leve ha sido definida como la introducción del dedo en la boca en la cual existe un contacto entre el dedo y la uña con uno o más dientes, aunque ésta descripción se puede comparar como una forma de autocomerse, ésta actividad solo limita el crecimiento de las uñas el cual está controlado por el corte que producen los dientes en ellas. (Fig. 9)

La onicofagia leve puede ser hasta cierto punto aceptable socialmente pues generalmente es vista únicamente como un hábito bucal de origen nervioso, más que un producto de un desorden psicológico²³.

Una forma para poderlas diferenciar es que la forma leve no presenta las patologías que acompañan a la forma severa como son las infecciones recurrentes.

4.3.2 SEVERA

La onicofagia severa es comparada con la automutilación y en ocasiones se identifica como parte de ella. Es también comparada como una conducta de inadaptación que implica un daño psicológico, como lo es la tricotilomanía (impulso incontrolable a arrancarse el cabello uno mismo²⁴) que son consideradas actitudes automutilantes.

La forma severa se define como la mordedura de uñas que va más allá del borde libre y del margen de tejido suave que se encuentra por debajo de la

²³ Wells Jennifer, The self-mutilative nature of severe onychophagia: a comparison with self-cutting, Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 44 No. 1, 1999

²⁴ Diccionario breve de medicina op cit



Fig. 9 uñas con onicofagia leve

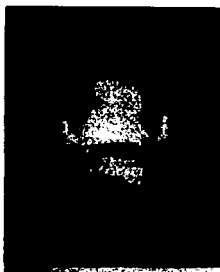


Fig. 10 Uña con onicofagia severa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

uña; el daño que se produce con este tipo de laceración, favorece la aparición infecciones y sangrados que representan un inmenso daño.

(Fig. 10)

A demás la onicofagia severa no es vista de una forma agradable socialmente debido a las consecuencias desagradables y de autolesión que son provocadas por su práctica.

Por lo anterior se puede pensar que la presencia de una alteración psicológica podrá contribuir para hacer una distinción entre ambas clases de onicofagia²⁵, aunado a que la literatura menciona que cuando la onicofagia cede ante los tratamientos simples como la persuasión, estímulos desagradables (barnices de uñas), se considera como leve; cuando no cede ante estos tratamientos se considera severa²⁶. La onicofagia severa se encuentra estrechamente relacionada con transtornos psicopatológicos graves²⁷.

Se pueden realizar estas distinciones pero aún así las dos formas de onicofagia son consideradas como auto daño, deliberado y repetitivo que ocurre durante muchos días durante un periodo de tiempo prolongado. Ambos son una amenaza para la vida, aunque la forma severa resulta más autodañina que la forma leve.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁵ Wells Jennifer, Sever morbid onychophagia: the classification as self mutilation and a proposed model of maintenance, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol.32, 1998

²⁶ Ib

²⁷ Bosnjak Andrija, Vudcevic-Boras Vanja, Incidence of oral habits in children with mixed dentition, Journal of Oral Rehabilitation, No. 29.

5. PSICOGÉNESIS DE LA ONICOFAGIA

5.1. DESCRIPCIÓN

Para comprender el origen psicopatológico se puede hacer uso del conductismo que es una corriente de la psicología científica que centra su atención en el estudio del binomio estímulo-respuesta siendo la conducta el objeto de estudio y la observación el método experimental²⁸.

Se considera que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al odontólogo y al médico. Existe el típico cuadro en la consulta de psicólogos y psiquiatras de pacientes que se muerden las uñas y que sienten aversión por lo antiestético de sus manos, quienes han intentado en repetidas ocasiones abandonar el mal hábito sin lograrlo, acudiendo a todo tipo de terapias como unturas amargas las cuales no terminan con el hábito pues éste tiene un trasfondo emocional que debe ser resuelto por los especialistas.

Cuando se da una enfermedad emocional obvia, el terapeuta debe atender a las situaciones estresantes en la vida del paciente y deben ser resueltas de forma rápida y oportuna²⁹.

Aunque la onicofagia está clasificada en Odontología dentro de los malos hábitos bucales, aunque para los psicoanalistas es considerada como una actividad automutilante por el hecho de ser un comportamiento en el que la persona que lo practica se está infringiendo un daño a sí mismo.

Para los psiquiatras la onicofagia es un síntoma que acompaña a ciertos desordenes psiquiátricos, específicamente un desorden del control de los

²⁸ Morley Debra, Psychophysiological reactivity to stress in nail biters, International Journal of Neuroscience, Vol. 103, 2000

²⁹ Ib Pp 149

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

impulsos como lo es el obsesivo compulsivo que es una alteración de la ansiedad, o en los sociopatas³⁰.

5.2. TEORIAS DE LA ETIOLOGIA DE LA ONICOFAGIA

5.2.1. PSICONALÍTICA

Es la teoría con más tiempo en práctica, la cual dice que es respuesta a un impulso incontrolable que puede ser producto de frustraciones. Puede ser también resultado de descargas emocionales de tensión provocadas por impulsos no controlados; en niños se cree que es además resultado de la dependencia que en ocasiones es creada por los padres al sobreproteger a los hijos, y estos al enfrentarse al mundo exterior se ven frustrados al no obtener muchas veces lo que ellos desean³¹.

Para comprender un poco más ésta teoría explicaremos los conceptos de ansiedad y frustración de acuerdo a lo que describe de la Fuente en su libro de psicología médica.

La ansiedad no solo es un síntoma que refleja estrés, también es una causa suplementaria de estrés. La ansiedad generalizada se caracteriza por la persistencia del ánimo ansioso que no se restringe a objetos o circunstancias particulares.

El proceso de reacción a la ansiedad comienza por la percepción de un estímulo visto como un desafío o una amenaza, poniendo en funcionamiento un reflejo de miedo. Tales sentimientos de inseguridad se transforman en estimulación física de las glándulas endocrinas y del sistema nervioso simpático.

³⁰ Ib Pp 152

³¹ Ib

Las personas que reaccionan por medio de la ansiedad están sujetas a un elevado nivel de estrés³².

El término estrés se refiere a la experiencia de un organismo que confronta una tensión persistente, esta experiencia es una respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas; éstas presiones tienen distintos factores etiológicos.

Los factores etiológicos del estrés pueden ser de naturaleza psicosocial y conductual: como la frustración, la ansiedad y la sobrecarga; o también pueden ser de carácter físico como: el ruido, la polución; o de carácter imaginativo, como lo explica de la Fuente al decir que la imaginación de situaciones o hechos estresantes pueden desencadenar la reacción de estrés³³.

Jean Tusques en el libro Initiation a la Psychologie Médicale explica que existen tres fases de reacción y adaptación al estrés las cuales son:

Fase A, reacción de alarma, todas las facultades del organismo se encuentran en un estado de movilización general, pero sin que algún sistema orgánico en particular quede implicado.

Si el estrés persiste durante un periodo de tiempo suficientemente largo, el organismo se habitúa al mismo y entra en la fase de adaptación o de resistencia.

Fase B es durante esta fase que el metabolismo se adapta a la presencia del estrés durante un periodo de tiempo indeterminado. La reacción del estrés se dirige hacia el órgano ó la función fisiológica mejor capacitada para suprimir al mismo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

³² De la Fuente Ramón, Psicología médica, Fondo de cultura económica, 1992 México

³³ Ib

Fase C la energía necesaria para la adaptación es limitada y, si el estrés se mantiene, puede ocurrir que el organismo se agote. En esta fase el órgano o bien la función encargada de enfrentar al estrés queda vencida y se desvanece³⁴.

La frustración aparece cuando experimentamos situaciones en que nos encontramos impedidos de hacer lo que deseamos, se trate de adoptar o de aceptar un cierto comportamiento. El sentimiento de frustración es también experimentado cuando estamos impedidos de alcanzar el objetivo que nos proponemos.

En el plano emocional, reaccionamos a la frustración a través de sentimientos de ira, desesperación o agresividad; dichos sentimientos pueden ser exteriorizados o no.³⁵

5.2.2. APRENDIZAJE

Wells afirma que la onicofagia es un hábito adquirido que no siempre refleja la presencia de algún disturbio emocional. En estos casos unicamente es una conducta que se aprende en etapas en que tenemos como patrones de conductas a personas cercanas a nosotros como lo son nuestros padres, familiares o conocidos. Cuando se observa a la onicofagia ser practicada por alguien que es nuestro modelo a seguir, copiamos los patrones de conducta que esta persona realiza y de esta manera aprender la práctica de la onicofagia al igual que otros comportamientos³⁶.

³⁴ Tusques Jean, Initiation a la Psychologie Médicale, edit. Libraire Maloine, Paris, 1970.

³⁵ De la Fuente op cit

³⁶ Wells Jennifer, Sev mor ony

5.2.1 GENETICA

Existe una relación genética con la onicofagia, se han reportado a gemelos monocigotos que ambos presentan onicofagia (66%), mientras que en los dicigotos es de 34%. En lo que respecta a la transferencia de padres a hijos se ha observado que cuando uno de los padres es onicófago existe un 60% de posibilidades que el hijo lo sea, aunque el padre o la madre hayan suspendido este comportamiento antes del nacimiento del niño; esto puede ser explicado debido a que existe una predisposición heredada al comportamiento nervioso³⁷.

³⁷ Wells Jennifer, Sev mor any

6. PREVALENCIA DE LA ONICOFAGIA

La prevalencia de hábitos orales en niños es alta y la presencia de la onicofagia dentro de ellos ocupa un gran porcentaje como es demostrado en la investigación realizada por Bayardo y Mejía en la ciudad de Guadalajara, México, para determina la prevalencia de hábitos orales en una comunidad comprendida por 1600 niños de edades entre los 2 y 15 años³⁸ en los que se encontró que el 56% presentaba hábitos y de estos, el 23.7% presentaba onicofagia, el porcentaje más alto, seguida ligeramente por el bruxismo (23.6%), la protusión lingual se presentaba en 11.7% y la succión digital en 11.3%.

Así mismo se encontró que existe una relación importante entre la presencia de hábitos y la desintegración familiar, pues existía una mayor incidencia de hábitos en los niños que vivían en familias en las que el padre se encontraba fuera del hogar, con respecto a aquellos que vivían en familias unidas; pues en los casos en que se presentaba la desintegración familiar el 75% de los niños examinados presentaba hábitos, mientras que en los niños con familias unidas el porcentaje bajaba a 56%. La diferencia entre niños y niñas no fue muy importante en los casos en que no se presentaban hábitos, pero sí se volvía considerable cuando si se presentaban, siendo las niñas las más propensas a presentar este tipo de problemas, de los 1600 niños estudiados 341 varones no presentaban hábitos, 350 niñas tampoco, 401 niños sí presentaban algún tipo de hábito nocivo, y 506 niñas también presentaban alguno.

³⁸ Bayardo Rubén, Mejía Jesús, Etiology of oral habits, Journal of Dentistry for Children, Vol. 63, No. 5.

Con respecto a las edades en que eran más frecuentes los hábitos el grupo de 10 años era el que tenía mayor prevalencia de ellos debido a que de los 150 niños de esa edad 100 presentaban hábitos, contrastando con el grupo de dos años en el que era mayor el número de niños que no tenían hábitos, con respecto a los de ese grupo que si presentaban.

Otro estudio, realizado en la ciudad de Zagreb Croacia³⁹ tuvo 1025 niñas y niños con dentición mixta, de los cuales se detectaron 342 (33.37%) con hábitos orales. El resultado más importante de la investigación fue que el hábito más frecuente era la onicofagia y el morder objetos extraños, el cual se encontraba presente en 96 sujetos (28.07%); seguido por la succión no nutritiva (18.42%), protusión lingual (17.25%) y mordedura de carrillos (16.96%). En este estudio la onicofagia tenía una ligera tendencia hacia el sexo masculino pues de los 96 casos 56 eran varones y 40 niñas.

Así mismo el número de casos de onicofagia aumentaba con la edad, en el rango de los seis a ocho años existían 32 casos y entre las edades de nueve a once años se presentaron 62 casos; esto podría ser explicado si se toma en cuenta que el origen de la onicofagia está relacionado con el estrés. Con respecto a los demás hábitos, en el grupo de 11 años se presentaban 52 casos de hábitos de los 140 niños de esa edad que fueron registrados; en el grupo de 10 años 46 niños y 19 niñas tenían algún hábito; mientras que en el grupo de 9 eran 32 niños contra 43 niñas; 37 niños de 8 años y 25 niñas de la misma edad tenían el mismo problema; al igual que los 29 niños y las 20 niñas de 7 años; lo mismo que los 15 niños y las 22 niñas de 6 años de edad.

Un estudio epidemiológico más, realizado en 4,590 niños escolares en la ciudad de Mangalore, India, con la finalidad de descubrir la prevalencia de

³⁹ Bosnjak Andrija op cit

los hábitos orales y su relación de acuerdo a la edad y el sexo⁴⁰ dio como resultado que el 29.7 % de la población presentaba hábitos orales; entre los cuales se encontraba y destacaba la onicofagia ya que se presentaba en 12.7 % de los casos, seguida muy atrás por el bruxismo que se detectaba en un 6.2 % de los casos. En esta investigación las niñas tenían una mayor tendencia a presentar onicofagia y representaban el 54 % contra el 46 % de los niños; también se observó un crecimiento en la incidencia de la onicofagia conforme avanza la edad; en el grupo de tres a seis años hubo 170 casos, en el grupo de siete a doce años fue de 177, mientras que en el grupo de trece a 16 años existió un aumento considerable en la incidencia llegando a presentarse en 238 casos que representaban el 40.7% de los casos de onicofagia.

Se suman a estos resultados los obtenidos del estudio que se realizó en la Habana, Cuba⁴¹, realizado en 3090 niños de escolaridad primaria donde en esta ocasión la onicofagia ocupó el segundo lugar de prevalencia, teniendo el 28.52% con 77 casos, por detrás de la deglución infantil que tuvo 78 casos que representaban el 28.89%; a la onicofagia le siguieron la respiración bucal y la succión digital con 15.93% y 15.26% respectivamente.

De los 77 casos de onicofagia el 59.74%, 46 casos, tenía maloclusiones mientras que 31 de ellos (40.26%) presentaba una oclusión compensada.

A pesar de que el número de maloclusiones provocadas por la onicofagia era superior al número de casos en oclusión compensada, su relación con los demás hábitos era menor pues por ejemplo: en la succión digital el 19.05% tenía oclusión compensada contra el 80.95% con maloclusión; mientras que

⁴⁰ Shetty y Munshi, Oral Habits in Children: A prevalence study, Journal Indian of Society Pedodontic Dentistry, junio 1998.

⁴¹ Fernández Celis María, op cit Pp 2

en la respiración bucal casi el 80% de los casos, 34 de 43, tenían alguna maloclusión.

En lo que respecta a las edades la presencia de la onicofagia aumentaba en los grupos de mayor edad, sin embargo esta se presentaba en todos los grupos; en el primer grupo que era comprendido por niños de 5 y 6 años la onicofagia estaba en 16 casos que representaban el 20.78% del total de onicófagos; en el siguiente grupo con niños de 7 y 8 años la onicofagia aumentó y eran 25 casos; mientras que en el último grupo, el de nueve ó más años los onicófagos representaban más del 45% con 36 casos de los 77 antes mencionados.

Para Kleinrok hay un aumento constante en la prevalencia de la mordedura de uñas en los niños hasta los 12 años. Hacia el final de la adolescencia el porcentaje de personas que siguen mordiéndose las uñas disminuye. Una minoría de personas siguen estando afectadas por este mal hábito a lo largo de toda su vida. Todo esto obtenido de los datos de 2905 individuos, recopilados por ella y agrupados en distintos grupos de edades, los cuales dieron por resultado que en los niños y niñas de 7 a 14 años 494 (43.1%) practicaba la onicofagia, disminuyendo de forma drástica en el grupo de 15 a 19 años en que solo el 18.7% de los 1349 encuestados la presentaba; manteniéndose en un porcentaje similar en el grupo de 19 a 66 años con 19.2%; pero cuando se trataba de estudiantes con edades entre los 21 y 26 años y que estaban sometidos a situaciones de constante estrés el porcentaje aumentaba hasta el 28.8%⁴².

⁴² Kleinrok María op cit

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los datos de los estudios anteriores concluyen que:

- 1- La onicofagia es un hábito bucal que tiene un importante grado de incidencia, ocupando los primeros dos lugares.
- 2- La onicofagia se presenta desde los 4 años aproximadamente.
- 3- El número de onicófagos aumenta conforme aumenta la edad del grupo.
- 4- No existe una preferencia de la onicofagia por atacar a determinado sexo, pero en algunos estudios se observa una ligera supremacía en el número de niñas con respecto a los niños.
- 5- La presencia de la onicofagia se relaciona con estados de stres que en niños se deben en la mayoría a los que tienen relación con la familia y/o la escuela.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. EFECTOS NOCIVOS DE LA ONICOFAGIA

La onicofagia tiene consecuencias sociales que son más acentuadas cuando se presenta en su forma severa, esto por ser vista como una actividad repugnante al considerarse antiestético, desagradable e inmaduro. También los pacientes con onicofagia son vistos como personas de aspecto nervioso con problemas en su entorno social. La onicofagia en las formas agudas puede dañar el lecho ungueal y la uña. También puede complicarse con verrugas periungueales y padrastrós. Infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral así como alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión y erosión. (Fig. 11)

7.1. MELANONIQUIA

Una de las consecuencias de esta onicofagia severa es la aparición de melanoniquia⁴³, ennegrecimiento de las uñas, que en este caso es originada de una forma post-traumática en las uñas de las manos. El constante traumatismo que provocan los dientes sobre los tejidos que rodean a la uña cuando ésta es roída provoca la aparición de verrugas periungueales. También puede fomentar la aparición de granuloma piógeno, proliferación reactiva de crecimiento rápido de células endoteliales, frecuente en la encía, en dedos de manos y pies, alrededor del lecho ungueal, generalmente en respuesta a una irritación crónica⁴⁴, que en este caso es producida por la misma onicofagia. (Fig. 12 y 13)

⁴³ Salmon-Ehr y Mohn, Mélanonychies longitudinales secondaires a une onychophagie, *Annuaire Dermatologique Venerologie*, No. 126, 1999.

⁴⁴ Sapp Philip, Patología oral y maxilofacial contemporánea, 1998, España

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fig.11 Desgaste producido por la onicofagia en el esmalte dental



Fig.12 y 13 Casos de Melanoniquia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.2 TRAUMATISMO EN ENCÍA Y PARODONTO

A nivel parodontal quien produce el traumatismo es la uña contra la encía, por esta serie de microtraumatismos se llega a producir infección gingival⁴⁵. Inclusive se han reportado casos en que no únicamente hay gingivitis, además se han encontrado en la encía fragmentos de las uñas que son introducidas por el acto de morderselas⁴⁶.

Hodges en la Universidad del estado de Nebraska, EU, reporta el caso de un niño de seis años, con hábito de onicofagia producto de una personalidad obsesivo compulsiva. Dentro de la historia clínica refería infecciones recurrentes del oído, al realizar el examen bucal se encontró una tumefacción a nivel del incisivo central derecho permanente, que desprendía un exudado purulento, así como la presencia de bolsa parodontal de 10mm en esa área; en el estudio radiográfico no se encontró nada relevante. Cuando se realizó el tratamiento parodontal correspondiente se encontraron 15 fragmentos de uña en el saco gingival que habían sido introducidos por la constante práctica de la onicofagia⁴⁷. Este padecimiento en un principio se diagnosticó como gingivitis producida por la erupción del incisivo central permanente.

La literatura reporta también otro caso en el que es presentado un niño de ocho años de edad, afro-americano, que practicaba la onicofagia, y que presentaba una tumefacción a nivel del canino izquierdo. Este niño al realizar la mordedura de uñas deslizaba los fragmentos que desprendía de sus uñas hacia el tejido gingival, él había realizado ésta práctica, según la madre,

⁴⁵ Krejci Charlene, Self-infected gingival injury due to habitual fingernail biting, Journal Periodontology, enero 2000.

⁴⁶ Hodges Eric, Allen Keith, Nail-biting and foreign body embedment: a review and case report, Pediatric Dentistry, Vol. 16, No. 3, 1994.

⁴⁷ Ib p 237



durante un tiempo indeterminado y no había presentado hasta entonces algún síntoma.

Los especialistas que recibieron a este niño decidieron realizar el curetaje del área con la finalidad de eliminar los fragmentos de uñas que se presumía eran la causa de esa tumefacción pues se conocía con certeza que el niño introducía en ocasiones los fragmentos desprendidos de sus uñas. Al momento de realizar el curetaje de la zona se descubrieron seis fragmentos de uñas aproximadamente 3mm por debajo del margen gingival, no se encontró algún tipo de exudado, ni alguna otra alteración clínica ni radiográfica que complementara el cuadro patológico⁴⁸.

Entonces he aquí otra causa importante para poner atención en la onicofagia, pues como se ha observado produce daños de suma importancia en los tejidos que rodean a los dientes con los que se produce la mordedura. No solo se presentan este tipo de daños, además se puede presentar contaminación bacterial, recesión gingival, pérdida de hueso e incluso pérdida de dientes.

7.3. AUTOMUTILACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las consecuencias de la onicofagia indican que es más que un simple hábito nervioso como ha sido catalogado. En su forma severa se considera automutilante, definiendo automutilante como: el daño deliberado, repetitivo, no letal, que es inaceptado socialmente y que ocurre como consecuencia de un desorden o una crisis psicológica⁴⁹.

De hecho la onicofagia severa ha sido catalogada como una forma compulsiva de automutilación, comparada en su intensidad y en su aspecto

⁴⁸ Krejci Charlene, op cit, Pp1030

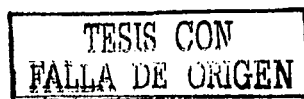
⁴⁹ Severe morbid onychofagia

desagradable con otros síntomas autodestructivos propios de un desorden obsesivo compulsivo, como son el arrancarse el cabello y el arañarse la piel (rascado compulsivo).

Cabe destacar que la ansiedad presumiblemente acompaña a la onicofagia pues ella es producto de la misma ansiedad, aunque los estudios que se han realizado en niños no han demostrado que los niños onicófagos tengan un nivel más alto de ansiedad que los niños normales⁵⁰, al contrario que los adultos en donde el nivel de ansiedad de los onicófagos adultos es mayor que el de los que no lo son, esto denota que la edad influye en la relación ansiedad y onicofagia; es decir, la ausencia de elevados niveles de ansiedad en los niños refleja que esta ansiedad puede ser pasajera, mientras que en el adulto la ansiedad ha tenido un largo periodo de evolución.

Otro daño provocado por esas tendencias de automutilación o de realizarse uno mismo un daño en nuestro cuerpo es el llamado dermatofagia o Wolf Biter que es según Scott una conducta similar a la onicofagia pues en este comportamiento el paciente tiende a morderse de una forma compulsiva la piel y sus anexos, como las uñas⁵¹

7.4 RESORCIÓN RADICULAR



Con el propósito de determinar la frecuencia y la intensidad de la onicofagia, y su posible participación en la resorción radicular durante un tratamiento ortodoncico Odenrick presentó el estudio realizado en 1365 niñas y niños con edades entre los 13 y 15 años que fueron sometidos a distintos tratamientos ortodoncicos. El posible efecto de la onicofagia en la resorción radicular durante un tratamiento ortodoncico fue evaluado mediante exámenes radiográficos.

⁵⁰ Op. Cit. Severe morbid

⁵¹ Scott Michael, Dermatofagia: Wolf-Biter, CUTIS, Vol. 59, No. 1, 1997

Los resultados obtenidos de la investigación fueron que el 45% de los jóvenes estudiados presentaba onicofagia en su forma leve, mientras que el 14.3% la presentaba en forma severa. Así mismo los estudios dieron como resultado que existía una resorción apical mayor en los pacientes que realizaban ésta práctica, en comparación con los que no la realizaban, esto al finalizar los respectivos tratamientos ortodóncicos⁵².

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵² Odenrick y Brattstrom, Nailbiting: frequency and association with root resorption during orthodontic treatment, British Journal of Orthodontic, Vol. 12, No. 2, 1985

8. TRATAMIENTOS



8.1 PSICOTERAPIA

La Psicología ha propuesto una nueva forma de ver la enfermedad, debido a que los medicamentos no son siempre recomendados, por el efecto de adicción y dependencia; el enfoque conductual proporciona las herramientas necesarias tanto como para tratar los síntomas de la enfermedad en distintas situaciones de la vida del sujeto, como buscar la causa de ésta, siendo este su objetivo principal.

Una de las técnicas de psicoterapia es el hábito inverso cuyo objetivo principal es enseñar un hábito deseable que sea antítesis y antídoto del hábito no deseable. Para llevar a cabo esta técnica es necesario dar a conocer al paciente acerca de los procesos fisiológicos de los que ordinariamente no es consciente, haciendo posible que de este modo sea capaz de controlarlos o modificarlos.

Otra forma de tratamiento para esta alteración es el método de relajación, ya que la tensión y el nerviosismo inducen o agravan los padecimientos nerviosos, por lo que es conveniente aprender a relajarse cuando se está nervioso. También esta técnica está indicada cuando el grado de ansiedad ante situaciones específicas es tan elevado que el sujeto no puede enfrentarse a ellas, evitando así dichas situaciones que posteriormente le reporte graves consecuencias., estos problemas son los llamados clínicamente miedos o fobias.

Los métodos de autocontrol son los que tienen el campo más amplio de intervención, son aplicables y muy útiles en la orientación ante los problemas, y también como ayuda a otras perspectivas en donde su objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia

conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo, añadiendo consideraciones sobre la generalización y el mantenimiento de cambio de conducta.

La relajación tiene como fundamentación el condicionamiento clásico de Pavlov, ya que ante un estímulo que produce una gran ansiedad y tensión física, produce el estado de relajación en el organismo, posteriormente.

Estos procedimientos se preocupan de hacer consciente, en el sujeto, su propia conducta. En este sentido podría ser considerado un automodelaje, en el sentido que es el propio sujeto quien a través de sus observaciones va corrigiendo y controlando su conducta. También podemos recalcar que existe una comprensión por parte del sujeto y de sus sentidos, es decir, al momento de tomar conciencia de su trastorno tiene la posibilidad de observar su conducta y hasta de ser posible corregirla.

El proceso de inversión de hábito o hábito inverso es una técnica cognitiva que se conforma por los siguientes elementos:

a) Biorretroalimentación: técnica en la que por medio de aparatos se da información inmediata y precisa al paciente acerca de los procesos fisiológicos de los que ordinariamente no es consciente, haciendo posible que controle o modifique dichos procesos.

b) Autorregistro de los tics o hábitos: Antes de iniciar el entrenamiento y durante una o dos semanas, se ha de obtener un autorregistro diario de la frecuencia y, quizá, de la intensidad de cada uno de los hábitos en varios momentos y actividades a lo largo del día. Es conveniente registrar, además las circunstancias de ocurrencia de los hábitos o las situaciones o eventos que lo agravan o reducen. El autorregistro permite ser más consciente de los hábitos cada vez que se producen, lo cual es un paso muy importante para controlarlos. Además, permite juzgar más objetivamente hasta qué punto los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tics están influyendo en la propia vida. El autorregistro debe continuar durante el tratamiento, ya que permite ir viendo los progresos.

c) **Apoyo social:** Los padres y los amigos del paciente podrán incrementar su motivación comentando los períodos de ausencia del hábito y reforzar de ese modo sus esfuerzos. Ellos le recordarán la importancia de practicar la respuesta incompatible. Una de las razones por las que pueden haber persistido los hábitos es que los demás lo han aceptado como algo que no se puede controlar y, en consecuencia, evitan que la persona afectada repare en su problema.

d) **Exhibición de la mejora:** Una vez que el niño ha aprendido a controlar sus hábitos, debe exhibir la mejora conseguida; para ello tiene que buscar deliberada y frecuentemente aquellas situaciones, actividades y personas que ha evitado previamente debido a los hábitos. Para lo cual se necesitará hacer una lista de dichas situaciones, actividades y personas y planificar con antelación cuándo, dónde y cómo se buscarán.

Con todo lo señalado uno se puede dar cuenta de que esta técnica es muy compleja e incluye un gran número de componentes. Por otro lado, la técnica también exige una gran fuerza de voluntad, siendo dudoso que muchas personas, especialmente niños, sean capaces de perseverar en ella.⁵³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵³ Tratamiento del síndrome de tics con terapia cognitivo conductual Dr Fernando Ferreyra.
www.psicologia.cl/psicologia_articulos_conductual_cognitivo.html

8.2 FARMACOTERAPIA

La terapéutica con fármacos de la onicofagia y de otros comportamientos automutilantes quedará limitado al psiquiatra, sin embargo haremos mención de los fármacos que se han estudiado para el tratamiento de estos comportamientos; por que a pesar de que los medicamentos usados en estos casos no serán prescritos por nosotros los odontólogos, siempre es importante conocer la terapéutica que puede ser usada en nuestros pacientes onicófalos por otros especialistas.

Se ha estudiado el uso de Clomipramina (Anafranil), fármaco empleado en el tratamiento para trastornos del estado de ánimo⁵⁴, para reducir la frecuencia de la onicofagia severa en adultos, pero no se han podido obtener datos totalmente confiables debido a la falta de seguimiento en el tratamiento por parte del paciente. Entre los pacientes que si han concluido su tratamiento se han encontrado los siguientes efectos adversos: cansancio, migraña, vómito, insomnio. Y solo pocos pacientes son los que han eliminado el hábito; es por eso que éste fármaco no es considerado efectivo.

La terapia con fármacos no tiene un efecto deseado si no se acompaña de una terapia conductual⁵⁵.

La fluoxetina (Prozac), antidepresivo del sistema nervioso central⁵⁶, ha sido utilizada en niños como tratamiento para comportamientos automutilantes⁵⁷; niños con vida aparentemente normal que tienen comportamientos automutilantes producidos por desordenes distímicos, en los cuales tienen cambios súbitos de comportamiento saltan de un estado tranquilo a un estado repentino de agresión e ira, se han sometido a tratamientos con éste

⁵⁴ Goodman and Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica, edit. Panamericana, 8° ed. 1991, México

⁵⁵ Wells Jennifer, Sev mor ony

⁵⁶ Goodman and Gilman op cit

⁵⁷ Velazquez Luis, Fluoxetine in the treatment of self-mutilating behavior, Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, vol. 39, 2000

tranquilizante del sistema nervioso central para eliminar ese tipo de conductas.

Otro antidepresivo usado para tratar la onicofagia es el bupropion, el cual solo ha sido probado en adultos⁵⁸.

8.3 TRATAMIENTO INTRABUCAL

En España, el Dr. Luis María Ilzarbe director general del Instituto Clínico Quirúrgico del Mediterráneo, ha estado probando el uso de un dispositivo intrabucal parecido a una férula de acetato⁵⁹ el cual, según las personas que lo inventaron, ha tenido éxito; aunque es necesario señalar que los estudios hechos para éste aparato no han sido suficientes como para poder demostrar de forma contundente su eficacia por tratarse, según las mismas personas que lo diseñaron, de una serie de ensayos experimentales sin valor estadístico.

A pesar de no ser un tratamiento que cuente con el soporte científico adecuado lo describiremos brevemente por tratarse de una alternativa de tratamiento para la onicofagia.

Para realizarlo se necesita:

Tomar unos modelos de yeso de los maxilares del paciente.

Elaborar una placa rígida termoplástica de 0.8 mm. aproximadamente, que cubra todo el maxilar superior.

Se recorta la placa en mesial desde el primer premolar hasta el primer molar y se obtienen dos férulas parciales. (Fig. 14)

Obtendremos finalmente una férula parcial de levantamiento de mordida que cubrirá premolares y primeros molares de ambas hemiarquadas. (Fig. 15)

⁵⁸ Cessation of Nail-biting and Bupropion

⁵⁹ Onicofagia frente a la estética dental www.lcqmed.com/articulos/onicofagia.html

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fig. 14 y 15 tratamiento intrabucal realizado en el laboratorio



Fig. 16 Prueba del aditamento en boca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una vez colocada la férula en boca del paciente, queda una mordida abierta anterior que dificulta totalmente la mordida borde a borde. (Fig. 16)

El uso es continuado, incluso en horas de sueño, únicamente quitándolo únicamente para comer, durante 3 a 4 semanas.⁶⁰

Es necesario recalcar que si se trata de una conducta asociada a un trastorno del comportamiento, el simple hecho de utilizar éste tipo de dispositivos intrabucales no será suficiente para tratar la onicofagia, debido a que se tiene que tratar también el trasfondo del problema y no únicamente tratar de forma aislada el problema estético dental que se produce.

8.4 PERSUASIÓN

La Dra. Bernardina Maya⁶¹ realizó un estudio en 20 niños de ambos sexos con edades entre los 5 y 8 años que presentaban hábitos bucales nocivos y que fueron escogidos al azar, aplicando la persuasión o convencimiento racional como único tratamiento para estas conductas.

Se define a la persuasión como convencimiento valiéndose de razones poderosas y demostrando la utilidad de lo que se propone para hacer cambiar al individuo de conducta.

Los pacientes fueron citados en la consulta dental junto con sus padres para hacerles saber a todos los objetivos del tratamiento. Se realizaron conversaciones con los niños en presencia de los padres como testigos y para que estos apoyaran las actividades en el hogar. A cada uno se les explicaron con láminas ilustrativas las consecuencias de la practica que

⁶⁰ Ib

⁶¹ Maya Bernardina, Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos, Revista cubana de ortodoncia, Vol. 15, No. 2, 2000

realizaban, por ejemplo a los niños con onicofagia se les habló de lo antiestético y de los daños a la salud que son provocados por esta práctica.

Se realizaron 6 visitas una cada mes con la finalidad de observar los avances y cada vez que se observó un avance en la eliminación de la conducta fueron alagados con frases acordes a su edad.

En este estudio el hábito más frecuente fue la succión digital con 8 casos, el 40% de los niños estudiados, el grupo de edad más afectado fue el de 8 años, seguido por los grupos de 6 y 7 años, el sexo femenino presentó más casos (13) que el masculino.

Al finalizar la citas programadas todos los niños del grupo de 5 años eliminaron por completo la práctica del hábito que realizaban, seguidos por los grupos de 7 y 6 años en los que el 80% obtuvo el resultado deseado y donde el 20% lo abandonó de forma temporal. De las 13 niñas que iniciaron el tratamiento, 11 dejaron de practicar el hábito al llegar la cita número tres, y dos dejaron la práctica indeseable de forma temporal.

Al término de la evaluación se encontró que 16 de los 20 niños en el programa tuvieron el resultado esperado, en 3 fue de forma temporal y solo uno, de sexo masculino, no abandonó la práctica del hábito.

Para la realización de éste tratamiento debe existir una buena interacción entre padres e hijos por que ambos deben estar motivados para llevar a cabo esta terapéutica, la cual es sencilla y práctica ya que evita la utilización de otros recursos, aunque no siempre se obtienen resultados al practicarla⁶².

⁶² lb

8.5 SEDACIÓN NOCTURNA Y DIGITOPUNTURA

Mostrar que la sedación nocturna y la digitopuntura pueden ser usadas por el odontólogo y el odontopediatra fue el propósito del estudio que realizó Sorhegui⁶³ quien afirma que para poder eliminar el hábito es necesario recurrir al subconsciente del niño y al mismo tiempo tratar de eliminar los factores que lo provocan. En este tratamiento se usa la sugestión durante el sueño apelando al subconsciente del niño mediante la palabra educativa para incitar al resultado esperado; se sugiere utilizar esta técnica en niños de 6 años en adelante debido a que los más pequeños no comprenden totalmente el problema.

En la sedación nocturna se logra que el niño entre en una etapa de relajación psicósomática en la cual se encuentra entre el sueño y la vigilia.

La digitopuntura es una forma terapéutica y de mantenimiento de la salud que fue desarrollada por los chinos, en la cual se estimulan puntos específicos de la piel con el objeto de provocar un balance en la energía del cuerpo.⁶⁴ El desarrollo de esta técnica consiste en realizar un masaje con los pulgares en el que se hace presión y se hacen movimientos circulares, este masaje se debe realizar de forma bilateral con una duración entre 1 y 15 minutos, las veces que sean necesarias.

La muestra comprendida para este estudio fue de 92 niños de ambos sexos con edades entre los 8 y 10 años. Del total de los niños, 40 realizaban succión digital, 40 deglución atípica y 12 onicofagia.

Para la sedación nocturna se lee un mensaje que debe ser leído siempre por la misma persona, generalmente alguno de los padres, 15 a 20 minutos después de que el niño empieza a dormir. El mensaje se lee suavemente y nunca se menciona la palabra "no", para la onicofagia se sugiere un mensaje

⁶³ Sorhegui Ada, Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes, Revista cubana de ortodoncia, Vol. 13, No. 2, 1998

⁶⁴ Ib



como: "si te llevas las uñas a tu boca tus dientes se van a llenar de bichos que están en tus manos y te van a hacer mucho daño".

En la digitopuntura se tocan tres puntos de acupuntura los cuales se encuentran en la oreja y que son: Shemen, punto principal sobre el sistema nervioso que actúa como sedante y analgésico; corazón (tranquilizante), y ansiolítico (sedación).

Los resultados obtenidos de la práctica simultánea de estas dos técnicas fueron perceptibles, de los 12 casos de onicofagia 10 (82%) la dejaron de practicar de forma total y solo 2 no la abandonaron; de los 40 chupadedos 21 dejaron de chuparse el dedo totalmente, 12 de forma temporal y 7 no dejaron de chuparselo; resultado similar al obtenido con los niños con deglución atípica en el que 20 abandonaron el hábito totalmente, 11 lo hicieron de forma temporal y solo 9 no obtuvieron resultados satisfactorios.

8.6 BARNICES

El uso de barnices como primer tratamiento para la onicofagia ha sido probado, aunque no se han obtenido resultados favorables en la mayoría de las veces, estos barnices están adicionados con saborizantes desagradables que al entrar en contacto con las papilas gustativas producen una sensación de repudio hacia las uñas que se están mordiendo. El problema de estos barnices es que la persona que los usa encuentra fácilmente la forma de desprender el barniz que está impregnado a sus uñas y de esta forma poder continuar con su onicofagia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Como hemos podido observar a lo largo de la presente recopilación bibliográfica la onicofagia tiene consideraciones importantes que muchas veces no son consideradas por la comunidad odontológica; no solamente aquellas que tienen una repercusión en el sistema estomatognático, también aquellas que repercuten en el entorno social de los pacientes niños.

Este comportamiento posee una dualidad la cual consiste en que no únicamente es un hábito bucal nocivo ya que es también un síntoma de ciertas psicopatologías relacionadas con conductas de ansiedad, que reflejan en la onicofagia tendencias a infringirse un daño.

A pesar de que la práctica de la onicofagia no produce maloclusiones como lo explica Moyers⁶⁵ y que si producen otros hábitos como la succión digital, la respiración bucal, la protusión lingual y la succión de labio, produce otros daños odontológicos que fueron explicados con anterioridad, siendo estos el daño producido en parodonto, resorción radicular si es practicada durante un tratamiento ortodoncico, y el ligero desgaste que llega a producir en las piezas dentales con las que se realiza esta práctica; esto sin contar los daños que produce en la salud general de nuestros pacientes con onicofagia.

A nivel general los efectos nocivos de la onicofagia serán evidentes en las manos ya que éste órgano de nuestro cuerpo es quien recibe las fuerzas traumáticas producto del constante incidir de los dientes sobre ellas. El producto final de esa acción es la melanoniquie que es el ennegrecimiento de las uñas producido por constantes traumatismos, así como la automutilación de la piel y sus anexos en la mano.

Las dos clases de onicofagia que son descritas en la literatura científica son difíciles de diferenciar pero se sugiere que se haga esta diferenciación

⁶⁵ Moyers Robert, Manual de Ortodoncia, edit. Mondí, 3° ed. Buenos Aires, Pp 743

tomando en cuenta el tiempo de ser practicada la onicofagia y de los daños que haya llegado a producir.

Para diferenciar la onicofagia entre un hábito bucal nocivo y un síntoma nos podemos apoyar en la presencia de alguna psicopatología, por leve que esta sea, por que en estos casos la onicofagia será uno de los síntomas de ella; si no existe ninguna alteración psicológica podemos hablar de que únicamente se trata de un hábito.

Para lograr una eliminación completa de este comportamiento es necesario entablar una adecuada comunicación entre el niño y sus padres, ya que si existe algún trastorno psicosocial que no se haya detectado con anterioridad podemos incitar a los padres para que acudan con un especialista, obviamente debemos hacer ésta observación a los padres de una forma seria y explicando de forma adecuada las causas y consecuencias de la onicofagia. Como hemos podido observar existen distintos tratamientos para la onicofagia que son aquellos que deben ser hechos por otros especialistas como son la psicoterapia, la digitopuntura y la farmacoterapia; y aquellos que pueden ser practicados por nosotros como la persuasión, y el tratamiento intrabucal; también los padres pueden intervenir en el tratamiento con la técnica de sedación nocturna.

Es importante señalar que la onicofagia debe adquirir la importancia que merece y que hasta el momento no ha adquirido de parte de la comunidad odontológica; ya que la onicofagia nos puede ayudar a prevenir futuras alteraciones y a descubrir posibles situaciones que alteren el bienestar psicosocial del paciente infantil, y es en la misma infancia en donde se tiene mayor oportunidad de prevenir y de aplicar un tratamiento oportuno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

Alexander KC, Nailbiting. Clinical Pediatrics, Vol. 29, No. 12, 1990, pp 690-92

Allen, Kenneth W. Chronic Nailbiting: a controlled comparison of competing response and mild aversion treatments. Behavior Reserchs, vol.34, no.3, 1996, pp 269-272.

Barber Thomas, Odontología Pediátrica, edit. Manual Moderno, 1985, México

Barrios, Lydia, Puente, Muraima. Hábito de respiración bucal en niños,
Revista Cubana de Ortodoncia, vol.16, no.1, 2001, pp 47-53

Bayardo, Rubén, Mejía, Jesús. Etiology of oral habits. Journal of Dentistry
For Children, vol.63, no.5, pp350-353.

**Bosnjak, Andrija, Vucicevic-Boras, Vanja. Incidence of oral habits in children
With mixed dentition**. Journal of Oral Rehabilitation, vol.29, 2002,
pp 902-905

Creath Curtis, Gingival Swelling due to Fingernail Biting Habit, Journal of the
American Dental Association, Vol. 126, 1995

De la Fuente Ramón, Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica, 1992,
México.

**Fernández, Celis, Acosta, América. Hábitos deformantes en escolares de
Primaria**. Revista Cubana de Ortodoncia, Vol. 12. No.2, 1996

Forrester Donald, Pediatric Dental Medicine, edit. Lea and Febiger, 1981, E.U

Godefroid J., Psychologie science humaine et science cognitive,

Edit. De Boeck et Larcier, 2001, Bélgica.

Goodman y Gilman, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica,

Edit. Médica Panamericana, 1991, México.

Goran Koch, Odontopediatría, Enfoque Clínico, edit. Panamericana, 1994,
Argentina.

Hodges, Eric, Allen, Keith. Nail-biting and foreign body embedment: a review
and case report. Pediatric Dentistry, vol.16, no.3, 1994, pp236-238.

Kleinrok María, Investigations on Prevalence and Treatment of Fingernail
Biting, The Journal of Craniomandibular Practice, Vol. 8, No. 1, 1990,

Krejci, Charlene. Self-Infected Gingival Injury Due to Habitual Fingernail
Biting. Journal of Periodontology, junio 2000.

Nieves, Paloma, Martín, Sara. Hábitos de succión digital y chupete en el
Paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos,
www.coem.org/revista/05_97/articulo.html

Macon Ware, Tooth Loss from Fingernail Biting, Texas Dental Journal,
Vol. 9, 1980

Morley, Debra S. Psychophysiological Reactivity to stress in nail biters.
International Journal of Neuroscience, vol. 103, 2000, pp 139-154.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- Moyers Robert, Manual de Ortodoncia, edit. Mundi, Buenos Aires, pp 743.
- Pinkham, Odontología Pediátrica, edit. Interamericana-Mc Graww-Hill, 1999, México.
- Planells,PN, Martín, Sara. Hábito de interposición lingual en el paciente Infantil.
- Salmon-Ehr, V., Mohn, C., Bernard,P. Mélanonychies longitudinales Secondaries à une onychophagie. Annuarie Dermatologique, vol.12, No.6 1999, pp 44-45
- Sapp Philip, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, edit. Harcourt, 1998, España.
- Scott, Michel. Dermatophagia: "Wolf-Biter". CUTIS, vol. 59, no.1, 1997, pp 19-20.
- Shetty,Sr., Munshi, AK. Oral habits in Children- A Prevalence study. Journal Indian of Society Pedodontic, junio 1998
- Sogbe, Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica, edit. Disinlimed, 1995, Caracas.
- Soregui Ada, Digitopuntura y Sedación Nocturna como Tratamiento de Hábitos Deformantes,Revista Cubana de Ortodoncia, Vol. 13, No. 2.
- Tusques Jean, Initiation a la Psychologie Medicale, Librairie Maloine, 1970.

Velazquez Louis, Ward-Chene Lydia. Flouxetine in the treatment of self-mutilating behavior. Academy of child and Adolescent Psychiatry, vol.39,no. 7, 2000, pp 812-814

Wells, Jennifer, Haines, Janet. Severe morbid onychophagia: the classification As self-mutilation and a proposed model of maintenance. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry , vol.32, 1998, pp 534-545.

Wells, Jennifer, Haines, Janet. The self-mutilative nature of severe Onichophagia: a comparison with self-cutting. Canadian Journal of Psychiatry, vol.44, no.1, 1999

Westling, Lillian. Fingernail Biting: A Literature Review and Case Reports. The Journal of Craniomandibular Practice, vol.6, no.2, 1988

Woods Douglas W., et al. Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in childrens. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. No. 30. 1999. pp 289-300.