



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

TÍTULO:

**RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE SUCCIÓN
DIGITAL Y EL DESARROLLO COGNOSCITIVO**

FORMA DE TITULACIÓN:

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA

P R E S E N T A:

GRIMALDI COVARRUBIAS CARLOS ANTONIO

TUTOR: MTRA. MONDRAGÓN BÁEZ TATIANA

**ASESORES: CDEO. MENDOZA QUINTANILLA
ABRAHAM Y MTRA. NÁJERA ESTRADA ANAYELI**

**LEÓN, GUANAJUATO
2018**





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.

ÍNDICE

Dedicatorias	I
Agradecimientos	II
Introducción	III
Capítulo I: Marco Teórico	
1. Teorías del Desarrollo Infantil	1
1.1 Etapas del Desarrollo	2
1.1.1 Crisis	2
1.1.2 Teoría del Desarrollo Cognoscitivo	3
1.1.3 Teoría del Desarrollo Emocional Primitivo	5
1.1.4 Teoría del Desarrollo Psicosexual	6
2. Competencia Paternal	7
3. Apego	7
3.1 Consecuencias del Apego	8
4. Objetos transicionales	9
5. Relación entre Desarrollo Psicosexual y Cognoscitivo	10
6. Regresión	11
7. Fijación	12
8. Hábitos	13
8.1 Tipos de hábitos (diferentes clasificaciones)	14

9.Succión digital	16
9.1 Mecanismo de succión digital	17
9.2 Consecuencias de la succión digital	18
10.Factores predisponentes de hábitos	20
10.1 Niños prematuros	20
10.2 Pérdida dental prematura	21
11.Tratamientos	21
11.1 Tratamientos Preventivos	21
11.1.1 Lactancia materna	22
11.1.2 El impacto de la lactancia materna en la cavidad oral	23
11.2 Tratamientos Restrictivos Fijos	24
11.3 Tratamientos Correctivos	25
11.4 Tratamientos Psicológicos	25
11.4.1 Terapia Conductual	26
11.4.2 Terapia Cognitivo Conductual	27
Capítulo II: Objetivos	28
Capítulo III: Metodología	29
Capítulo IV: Resultados	30
Discusión	38
Conclusiones	41
Bibliografía	42
Anexos	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Fotografías extraorales representando el mecanismo de succión digital	17
Figura 1.2 Representación esquemática de la succión intraoral	18
Figura 1.3 Protrusión dental consecuencia del hábito de succión digital	19
Figura 1.4 Mordida abierta anterior consecuencia del hábito de succión digital	19

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Presencia de hábitos bucales deformantes según el tiempo de lactancia materna	24
Tabla 2. Resultados obtenidos a partir de la categorización realizada a la entrevista	33

DEDICATORIAS

A Cecilia, mi madre, quien con amor y dedicación nos ha sabido guiar a mi hermano y a mí; gracias por todos los consejos, apoyo incondicional, por creer siempre en mí y ser una constante fuente de inspiración.

A Luis, mi hermano, con quien crecí y que a pesar de la distancia siempre he sentido su apoyo y fraternidad.

A Maria Luisa y Antonio, mis abuelos, quienes estuvieron siempre para mí y fueron partícipes de mi formación, siempre los recordaré con mucho amor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien siempre me ha brindado esperanza, fuerza y valor para poder continuar, colmando de bendiciones mi vida,

A la Universidad Nacional Autónoma de México, un hogar al cual he tenido el privilegio de pertenecer desde mi preparación en la Escuela Nacional Preparatoria No. 8 “Miguel E. Schulz”, y que posterior a ello tuve el honor de recibir mi preparación universitaria en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León; gracias por permitirme ser parte de la Máxima Casa de Estudios.

A todos los profesores quienes me brindaron sus conocimientos y dedicación, a mi asesora la Mtra. Anayeli Nájera Estrada por el apoyo y la paciencia con la cual supo guiarme en este trabajo, a la Mtra. Tatiana D. Mondragón Báez por el apoyo y la preparación que me brindó desde que tuve la fortuna de conocer, y al CDEO. Abraham Mendoza Quintanilla el cual siempre ha sido un ejemplo a seguir.

A todos los amigos que tuve la dicha de conocer a lo largo de la carrera quienes siempre me tendieron la mano y me apoyaron en esos difíciles momentos.

A mis amigos Mariana y Emiliano en quienes siempre he encontrado palabras de aliento para poder continuar.

INTRODUCCIÓN

Los hábitos orales son actos que se desarrollan de manera instintiva como una válvula de escape ante los estímulos externos que generan frustración al infante causando en él ansiedad; estos actos generan sensación de seguridad al niño, debido a la satisfacción que ofrecen dichos actos en él, los adopta llegando a perpetuarlos e integrarlos a su vida, volviéndose involuntarios.

Dentro de dichos hábitos existen factores a considerar ya que son de importancia al momento de la evaluación los cuales son la duración cada vez que el acto es repetido, la intensidad con la que se lleva a cabo, la frecuencia del mismo y la edad desde la cual aparecieron, ya que dependiendo de ellos podremos ver la magnitud del impacto el cual podrá verse reflejado no sólo en el correcto desarrollo de sistema estomatognático sino también el psicosocial y cognoscitivo, por lo que representan un problema el cual debe ser corregido y de ser posible prevenido de manera interdisciplinaria y mediante un correcto diagnóstico abordarlo para asegurar la mejor elección del tratamiento.

Estos hábitos pueden partir en la psicología dentro de las teorías del desarrollo cognoscitivo y psicosexual, en especial durante el periodo sensitivomotor y la fase oral respectivamente, las cuales están relacionadas con la fase de lactancia y apego, si durante este periodo se presentase una baja o nula estimulación el infante no lograría su correcto desarrollo, por lo cual dichos etapas no se verían superadas dando paso a una fijación posterior, ya que el infante al no resultar satisfecho no dejaría atrás esa etapa de su vida debido a que metafóricamente los pilares de su desarrollo se verían afectados.

Durante estos periodos recaerá por completo la responsabilidad en su cuidador, en este caso sería la madre debido a que ella será la encargada de alimentarlo y proporcionarle toda la estimulación conforme a la edad del infante.

La estimulación más temprana es la lactancia materna, en ella se ve incluido el reflejo de supervivencia de succión, el cual tiene sus primeros indicios en la vida intrauterina del infante; dicho acto no sólo representará la forma en la cual el infante se nutrirá sino también repercutirá en el desarrollar las estructuras orales, que a su vez representará una carga emocional realmente importante sobre el infante ya que será la encargada de crear un vínculo entre el niño y su cuidador, el tiempo que dure la lactancia materna será fundamental ya que en caso de que el niño no sea estimulado durante un periodo adecuado se verá una relación entre este y la adopción de un hábito para compensarlo, como fue demostrado en un estudio realizado en el año 2012 en Cuba a 107 niños de edades entre 3 y 5 años, el

cual demostró que quienes recibieron lactancia materna de 0 a 3 meses (60 niños) tenían una prevalencia del 86.7% de presentar hábitos orales, de 3 a 6 meses (38 niños) un 39.4 % y de 6 meses en adelante (9 niños) sólo un 22.2%.¹

Posterior al periodo de lactancia existe una edad en la cual los hábitos son considerados como “normales” ya que no presentan un riesgo y que por el contrario pueden ayudar en la descarga emocional, pero de continuar con ellos pueden traer consigo problemas, dicha edad no debe ser mayor a los 5 años del infante, ya que a esta edad comienza normalmente la erupción de los primeros molares los cuales son la llave de la oclusión, y a su vez inicia el periodo de la dentición mixta; y de no ser tratados o corregidos traerán consigo maloclusiones, las cuales en un artículo realizado en el Estado de México en el año 2002 a 135 niños mexicanos que presentaban hábitos orales en edades de 6 a 15 años demostró que existía una prevalencia del 35% de una Clase II y III, apiñamiento anteroinferior del 10% y línea media desviada del 10%, y los hábitos orales que tuvieron mayor incidencia en dicho estudio fueron el de onicofagia con un 34%, respiración bucal con un 16% y succión digital con un 9% difiriendo un poco de un estudio realizado en la Clínica Periférica Venustiano Carranza perteneciente a la UNAM en 2014 donde participaron 147 niños y niñas que presentaban hábitos orales en el cual las maloclusiones más prevalentes resultaron ser la mordida abierta anterior con un 35.1%, el apiñamiento anteroinferior con un 26.4%; el apiñamiento anterosuperior con 19.6%, seguido de mordida cruzada anterior con 12.8%; y los hábitos con mayor incidencia fueron interposición lingual con un 66.2%, 49.3% con succión labial, 41.9% con onicofagia, 31.8% respiración bucal, 23.6% con succión digital; esto nos da a entender el impacto de los hábitos sobre la estructuras orales.^{2, 3}

Una vez detectado el hábito en el infante es fundamental al quererlo erradicar en una edad de maduración psicológica la participación e iniciativa del mismo, ya que ella será esencial su cooperación para la aceptación y corrección del hábito y las consecuencias que trajo consigo el hecho de haberlo adoptado, porque de no ser así, es posible que los tratamientos tanto odontológicos, como los psicológicos, no tengan éxito ya que ambos dependen fundamentalmente en la cooperación del infante.

CAPÍTULO I

Marco Teórico

1. Teorías del Desarrollo Infantil

Se debe partir con el conocimiento de las diferentes teorías que existen enfocadas al desarrollo infantil ya que permiten el análisis, comprensión y entendimiento de los factores y etapas en las cuales pueden tener origen los hábitos así como su posible corrección o tratamiento.

Existen distintas teorías del desarrollo infantil las cuales se pueden clasificar en dos clases: las reactivas y las estructurales.

- Teorías reactivas: Postulan que la mente del niño es al inicio una hoja en blanco y que éste va reaccionando ante el ambiente conforme al paso del tiempo.
- Teorías estructurales: Éstas sostienen que existe una capacidad de origen genético en la adquisición de patrones o sistemas de conducta y que desde el inicio el niño actúa sobre su medio.

Viéndolo así se pueden determinar dentro de los criterios que una etapa o estructura se caracteriza como un todo y no simplemente como la yuxtaposición de partes; que en cada etapa se avanza en dirección creciente a la diferenciación e integración por los cuales el infante tendrá que ir superando.

Dentro de estas etapas existen periodos críticos o sensibles en los que las condiciones son ideales para la adquisición normal de funciones importantes, y éstas son **el apego, la identidad sexual y el lenguaje.**⁴

1.1 Etapas del Desarrollo

El desarrollo como ya se mencionó se sistematiza en etapas, las cuales se caracterizan por un conjunto de rasgos, por lo que es posible "**distinguir**" una tarea primordial, ya que todas las áreas del desarrollo están integradas entre sí, distinguiéndose y dándose paso mediante crisis.

Cada etapa del desarrollo presenta una cierta **competencia** la cual se ve influenciada directamente con sus **capacidades sensoriales** del bebé: **tónicos-visuales**, **vocales** y en características específicas propiamente interactivas las cuales ayudarán a la superación de las mismas como lo son la claridad de **señales**, **irritabilidad**, **grado de consolabilidad**, **etcétera**.

1.1.1 Crisis

La crisis según Erikson comprende el paso de un estadio o etapa a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, como ya se había comentado, durante éstas las fuerzas **sintónicas (virtudes o potencialidades)** y las **distónicas (defectos o vulnerabilidad)** de cada estadio influyen en la formación de los **principios de orden social (vinculantes o desvinculantes)** así como todos los contenidos y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales. ⁵

Estas fuerzas se verán desarrolladas durante cada una de las etapas; **permitiendo el progreso entre las etapas** que a su vez, debido a la existencia de distintas teorías, se complementarán entre sí, obligando a verlas de una manera integral por el impacto que tienen entre sí.

Las teorías que se verán íntimamente relacionadas serán:

- Teoría del Desarrollo Cognoscitivo
- Teoría del Desarrollo Psicosexual
- Teoría del Desarrollo Emocional Primitivo

1.1.2 Teoría del Desarrollo Cognoscitivo

Se debe comprender el concepto de cognición, el cual es una **serie de procesos estrechamente relacionados entre sí con el mundo, que abarcan el pensamiento, el aprendizaje, la percepción, el recuerdo y la comprensión.**⁴

Dentro de la teoría se considera a la mente como un participante activo en el proceso de aprendizaje, por medio de ella la persona **asimila la información no la experiencia y de ser significativa, la integra a su estructura y formación.** En caso contrario, simplemente rechaza o la acomoda, esto parte directamente de la teoría piagetiana.

La asimilación por su parte consiste en **interpretar nuevas experiencias** a partir de las estructuras actuales en la mente, las cuales son llamadas esquemas, sin modificarlas; por el contrario, la acomodación consiste en modificar los esquemas para integrar las nuevas experiencias, ambas son impulsoras del aprendizaje.

Lev Vigotsky (1896-1934)

Vigotsky desarrolla una teoría del desarrollo cognitivo fundamentada en la interacción social, dando a entender con ello que los procesos del desarrollo se dan principalmente en las relaciones del infante con otro más competente o con un adulto y que debido a ello, se van adquiriendo esas experiencias externas para luego internalizarlas, en palabras del propio Vigotsky: llamamos internalización a la reconstrucción interna de una operación externa.

A su vez Vigotsky definió la existencia de dos niveles de desarrollo cognoscitivo:

- El primero es el nivel real de desarrollo del niño, determinado por la solución independiente de problemas.
- El segundo es su nivel de desarrollo potencial, determinado por el tipo de problemas que puede resolver bajo la guía de los adultos en colaboración con un compañero más capaz.⁶

Jean Piaget (1896-1980)

Piaget por su parte enfatiza que el pensamiento tiene su origen en el cuerpo. De esta manera podemos ejemplificar que un lactante responde a un estímulo sensitivo emitiendo una reacción motora: si la madre introduce un pezón en su boca, empezará a **succionar**, el cual es un patrón propio que se da por un reflejo instintivo. Este **patrón sensoriomotor (sensitivomotor)** es el tipo más temprano de pensamiento, pues comienza con las pautas innatas de conducta:

- Succionar
- Observar

Dentro de su teoría el elemento fundamental en este desarrollo es el **esquema**, es decir, **un patrón de conducta en respuesta a determinado estímulo ambiental**. Sin embargo el esquema no es una mera reacción puesto que el niño también actúa sobre el medio, **complementándose a su vez con la teoría de Vigotsky**, podemos dar así un ejemplo concerniente:

Ej. El infante succiona cuando le introducen el pezón en la boca. El esquema se vuelve cada vez más complejo a medida que el niño reacciona ante una mayor variedad de estímulos ambientales y actúa sobre ellos; así cuando el niño introduce el pulgar en su boca ya sea por instinto o por curiosidad, el esquema de succión evocado por un pezón se amplía poco a poco hasta incluir este estímulo de carácter similar y nuevo, pero no idéntico; se dice entonces que el nuevo objeto (el pulgar) está asimilado en un esquema original.

Por otra parte el lactante debe modificar su conducta de succión ligeramente debido a las diferencias morfológicas entre el pezón y el pulgar; a ese acto de modificación Piaget denomina **acomodación**, el cual produce un nuevo equilibrio en la adquisición de esta información.

En la teoría de Piaget incluye cuatro etapas:

- Etapa Sensitivomotora, que abarca aproximadamente desde el nacimiento hasta los 18 meses.
- Etapa Preoperacional, que abarca de los 18 meses hasta los siete años.
- Etapa de las operaciones concretas, que abarca de los siete años hasta la adolescencia.
- Etapa de operaciones abstractas, que corresponde a la adolescencia.

La etapa que desarrollaremos será la Sensitivomotora ya que aquí tiene su etiología la succión como instinto de supervivencia para posteriormente brindarle carácter de afecto a dicha acción, en esta etapa se destacan seis subetapas:

1. En el primer mes de vida, el niño realiza una función (por ejemplo, succionar, ver, etc.) simplemente porque la posee de una manera instintiva.
2. Durante los siguientes tres o cuatro meses (de un mes hasta los 4 1/2 meses de vida) adquiere nuevos esquemas, centrados generalmente en su cuerpo (entre ellos, su pulgar) (relaciones circulares primarias).
3. A veces entre los 4 1/2 meses a los ocho o nueve meses de vida, el niño trata de producir un efecto sobre el objeto que coge, es decir, el niño incorpora hechos u objetos en el ambiente externo (un sonajero) (reacciones circulares secundarias).
4. Entre los ocho y nueve meses hasta los 11 y 11 1/2 meses, el niño empieza a advertir la existencia de objetos no percibidos u ocultos detrás de un objeto, es la época de la ansiedad ante desconocidos. La imagen mental de objeto ha adquirido ya cierto grado de permanencia en su mente.
5. En la primera mitad del segundo año (entre los 11 o 12 meses hasta los 18 meses), el niño explora más detenidamente los objetos y su relación espacial.
6. El niño del segundo año de vida (entre los 18 meses y los dos años, da indicios de razonamiento; el tanteo mental viene a sustituir el tanteo de sus actos).

NOTA: Hay un periodo de mayor sensibilidad para el establecimiento del apego inmediatamente después del nacimiento, los estudios que muestran el devenir de niños prematuros y/o que sufrieron separación neonatas parecen confirmar la existencia de un período sensible. Igualmente se muestra una relación positiva entre contacto precoz y lactancia materna.⁴

1.1.3 Desarrollo Emocional Primitivo

Donald Woods Winnicott es quien da paso a esta teoría, que para entenderla se debe partir de la relación que existe entre la fantasía sobre su organización interior y su origen en la experiencia instintiva, esta relación se ve desde que las relaciones primitivas que aparecen en niños y adultos resultan ser una huida a las dificultades que surgen en las próximas etapas, según la concepción de

regresión. Partiendo de ello, se ven las relaciones externas con la represión, la cual progresará con la relación entre la fantasía interna y externa de su personalidad.

Existen tres procesos primarios dentro el desarrollo primitivo:

1) Integración: Se da al comenzar la vida inmediatamente, es ayudada por dos órdenes de experiencias: la técnica del cuidado del infante (se siente caliente, bañado, mecido y llamado, entre otros) y por las experiencias instintivas agudas que tienden a reunir la personalidad desde adentro. Mirando todo lo que lo rodea el infante integra gradualmente a un ser que llamará madre, a la cual la integrarán trozos de técnica de crianza, caras vistas, sonidos oídos y olores percibidos.

2) Personalización: También se da con igual importancia que la integración, el desarrollo del sentimiento de que la propia persona está en el propio cuerpo, este proceso llamado personalización se construye gradualmente por las repetidas experiencias primitivas.

3) Realización (apreciación de la realidad).

1.1.4 Desarrollo Psicosexual

Sigmund Freud centra su teoría en las zonas erógenas, las cuales a través del desarrollo provocan que el infante obtenga una intensa gratificación cuando son estimuladas, conforme va creciendo, van cambiando dichas zonas.

Freud lo dividió en 5 etapas las cuales son:

- Oral (nacimiento al año y medio) En esta etapa el infante obtiene placer y gratificación sobre todo en la estimulación de la boca y de los labios.
- Anal (de uno a tres años) El infante obtiene placer y gratificación principalmente de las funciones de defecación.
- Fálica (de los tres a los cinco o seis años) La zona erógena se desplaza a los genitales y adquiere un carácter sexual.
- Latencia (De los cinco o seis a los doce años) Los impulsos sexuales permanecen latentes.
- Genital (de los doce años en adelante) El predominio de los impulsos sexuales retorna con la adolescencia y la pubertad.^{4.7}

La etapa oral será la fundamental en este caso ya que parte de su estimulación en la succión, la cual se centra en la lactancia materna, que a su vez forma parte en la superación de la misma.

Entender que las diferentes teorías del desarrollo son basadas en el contexto de una interacción armónica entre el sujeto y lo que lo rodea, da una relación directa entre el niño y su cuidador (la madre), sobre el cual recaerá la responsabilidad de brindar y estimular todas sus necesidades biológicas las cuales el niño interpretará por medio de la competencia parental.

2. Competencia Parental

Se refiere principalmente a la sensibilidad que permite captar las señales del bebé para desplegar los actos maternos adecuados. Dentro de esta interacción que existe entre la madre y el bebé se distinguen dos dimensiones: **la cualitativa y la cuantitativa**.

- Interacción **cuantitativa**: el nivel de interacción debe ser adecuado a las necesidades individuales cada vez que se regula el exceso de estimulación, cuando una madre no capta cómo interpretar dichos signos priva al bebé de su mecanismo de regulación para adaptarse, de aquí parte el hecho de que la madre debe prestar atención a la estimulación del bebé.
- Interacción **cualitativa**: es una interacción armónica y sensible, la madre parece ir al encuentro de las necesidades del bebé o bien responde directamente las señales del infante y sus necesidades, el infante construye gradualmente una representación interna (Bowlby) de su madre como habitualmente disponible generándose un apego o vínculo seguro, por caso contrario en una interacción disarmónica, insensible, la madre no toma en cuenta las señales del niño, de persistir se construye un apego del tipo ansioso.⁴

3. Apego

El apego es un **vínculo afectivo** que se forma entre dos personas, uniéndolas en el espacio y de duración más o menos prolongada, es de carácter discriminativo y específico ya que al desarrollarse el infante ve de manera distinta a su madre, apartándola del resto; y aunque generalmente existe un gradiente en la fuerza de vínculos múltiples, se supone el afecto, sobre todo amor y cariño.⁴

La conducta de apego es aquella que favorecen la proximidad o el contacto con la figura o figuras con quienes se establece el nexo.

El infante y la madre reaccionarán ante ciertos estímulos entre los que se incluyen:

- Señales (llanto, risa, vocalizaciones)
- Movimientos (ver, seguir, acercarse)
- Contactos (abrazarse, tocar)

Entre los ocho y nueve meses incorporan la succión, el asimiento, el seguimiento, el llanto y la sonrisa.⁴

NOTA: Precisamente después del nacimiento, el recién nacido tiene niveles relativamente elevados de un analgésico natural denominado **beta-endorfina** que circula por la sangre. El analgésico hace que los bebés estén muy alertas y perceptivos poco después del nacimiento. En opinión de muchos expertos, este periodo de mayor alerta, que puede durar una hora o más, es el momento ideal para que los padres se familiaricen con su hijo, se puede comprender que es un detonante del desarrollo del apego hacia las dos partes.⁶

3.1 Consecuencias del Apego

Con el apego existen ciertas consecuencias que debido a las señales del infante hacia su cuidador no son correctamente estimuladas y traerán consigo:

A. Generalización: El infante muestra la misma reactividad social hacia la madre y hacia su entorno tomando en cuenta que su entorno se compone por desconocidos. (Se da más comúnmente en orfanatos).

B. Adquisición de esquemas

- Ansiedad ante desconocidos: Entre los seis a ocho meses de edad, el niño ha adquirido ya un buen esquema del rostro materno, al punto que la cara de un desconocido crea **disonancia**. Se puede definir este tipo de angustia: la reacción frente a una discrepancia que supera la capacidad del niño para asimilar o realizar alguna reacción constructiva.
- Ansiedad ante la separación: de los 10 meses hasta los 18 aproximadamente. Consta de dos componentes:
 1. La discrepancia que se produce cuando se pone al niño en un ambiente extraño sin su madre
 2. Su incapacidad de emitir una respuesta adecuada que lo lleve a ella.

Debemos saber que cuanto más firme sea el apego del niño, más frecuente e intensa será la ansiedad.⁴

Cuando el infante es sometido a una situación que le genere ansiedad logrará superarla gracias a la disonancia cognoscitiva, la cual es una condición antecedente que nos lleva hacia una actividad dirigida a la reducción o eliminación de la ansiedad. Paralelamente surgirá la disociación, ella parte del problema de la no integración, surge debido a la integración incompleta o parcial la cual se da en la primera etapa del desarrollo emocional primitivo donde será un mecanismo de defensa, por consecuencia traerá consigo una duda hacia el infante en su actuar, provocando en él frustración y de haber sufrido un erróneo desarrollo desembocará en una acción no constructiva, inclusive regresiva, la cual recaerá sobre algo simbólico lo cual se denomina objeto transicional.⁷

4 Objetos transicionales

El término de objetos transicionales se emplea para designar **la zona que existe entre el erotismo oral y una verdadera relación con un objeto**, entre la actividad primaria (succión del dedo) y la proyección de lo que ya se ha introyectado. Dicho esto podemos decir que algunos bebés tienen como objeto de la actividad primaria al pulgar el cual se introduce en la boca mientras los demás dedos acarician el rostro mediante movimiento de pronación y supinación del antebrazo, los dedos fuera de la boca pueden o no llegar a ser de importancia. Todas estas experiencias funcionales van acompañadas por la **formación de pensamientos o de fantasías**, las cuales vendrían a denominarse **fenómenos transicionales**. Dichos objetos y fenómenos pertenecen al reino de la ilusión que constituye la base de iniciación de la experiencia.

Existe una amplia variación en la secuencia de hechos que empieza con las primeras actividades de introducción de objetos duros o blandos dentro de la boca del recién nacido; la importancia que obtiene además de la satisfacción oral y la excitación, las cuales resultan ser la base de todo lo que esto conlleva, son la naturaleza del objeto, la ubicación del objeto, la iniciación de un tipo afectuoso de relación de objeto.

Estas actividades llegan a adquirir gran importancia para el infante debido a la satisfacción que obtiene, llega a ser una defensa contra la ansiedad, en especial contra la de tipo depresivo. Todas estas actividades quedan establecidas y pueden persistir, de modo que aquel objeto (**en este caso el pulgar**) seguirá siendo una necesidad absoluta a la hora de acostarse, o en momentos de soledad, o cuando existe el peligro de un estado de ánimo deprimido.

Posteriormente podría existir la necesidad de un objeto o de una pauta de conductas específicas, que comenzó a edad muy temprana, puede reaparecer más adelante cuando se presente la amenaza de una privación.

Existen ciertas características especiales dentro de la relación:

1. El infante adquiere derechos sobre el objeto, y los padres los aceptan.
2. Existe afecto hacia el objeto, y al mismo tiempo amado y mutilado con excitación.
3. Nunca cambia, a menos de que el infante lo cambie por elección.
4. Tiene que sobrevivir al amor instintivo.
5. Al infante debe parecerle que irradia calor, movimiento o textura.
6. Proviene de afuera (a nuestro punto de vista), pero no para el infante; pero tampoco viene de adentro (no es una alucinación).
7. Se le permite que exista una descarga gradual de modo que con los años y en estado de buena salud, pierde significación, sin la necesidad de ser reprimido, no se olvida ni se llora, y esto es debido a que los fenómenos transicionales se vuelven difusos.

El rechazo de los padres, que a veces llega al maltrato, parece incrementar la conducta de apego durante la fase, mientras que una vez superada dicha fase se va en dirección contraria, es decir, existe un rechazo.⁴

5 Relación entre desarrollo Psicosexual y Cognoscitivo

Viendo todos los factores anteriores como un todo pueden verse integrados y así se puede analizar la relación que existen entre ellos.

Cuando la capacidad cognoscitiva del infante se encuentra en lo que se denomina un periodo preoperacional, es decir, que el infante se encuentra en un periodo en el que la imaginación se instaura como un factor ciertamente significativo en la vida mental y psíquica del individuo, la cual es la que permite el poder representar o fantasear con experiencias pasadas en ausencia de cualquier estímulo externo (Basch, 1977) será la encargada de actuar cuando el infante se vea ante una situación de frustración ya que tal capacidad le permite lidiar de manera independiente a la presencia del estímulo externo y así su vida mental se ve totalmente ajena del ambiente.

Esta capacidad representacional, sin embargo, no equivale a la adquisición de la capacidad de pensar propiamente dicha, sino que se traduce en un momento previo en el que si bien el sujeto es capaz de imitar simbólicamente por medio de su capacidad representativa una experiencia pretérita con un estímulo externo, no es capaz de transformar dicha experiencia cognitivamente hablando, es decir, no la involucra en su aprendizaje propiamente dicho.

Con ello cualquier acto hecho no será simbólico; posteriormente la relación entre la instauración de la represión y su relación con el desarrollo cognoscitivo, coincidirían con la división entre el periodo preoperacional y el operacional, entendiendo este último como el momento en que el infante ya cuenta con la capacidad de transformar el mundo por medio de su cognición, es decir, que cuenta con la capacidad de pensar.

Lo que sigue a esto es la idea de que la instauración de la represión, configura aquella experiencia psíquica que hace que todos aquellos contenidos específicos que queden reprimidos tengan una expresión o representación simbólica, es decir, que tengan una naturaleza preoperacional, pero no puedan ser pensados en el sentido de ser manipulados y transformados a través del pensamiento. Es decir que el infante no será consciente del origen de los mismos.⁸

Dicho esto podemos entender que durante el periodo preoperacional, a menudo el niño se expondrá a un sin fin de situaciones las cuales le generarán ansiedad y debido a la disociación, una gran frustración, y con sus esquemas cognitivos no diferenciados, interfiriendo al proceder del desarrollo, el infante no sufrirá de una crisis exitosa, es decir que el paso de una etapa a otra no sea satisfactoria para el infante, provocando con ello una fijación abonada a una regresión a la etapa oral, y ya que la relación que existe entre el objeto y el simbolismo, el cual vendría a ser un objeto parcial, como el pecho materno, se representará el esquema de succióna un nuevo objeto (el pulgar), ya que el esquema se amplió, el cual sustituirá al pezón.

Las acciones producidas a los objetos transicionales se volverán “válvulas de escape” ya que estarán presentes en un estadio posterior en los momentos de ansiedad.

6 Regresión

Es un retroceso de un acto psíquico a un estadio más profundo y anterior del desarrollo; por ende es un peligro del desarrollo que procede por etapas, reside en que fácilmente las partes que ya han avanzado pueden revertir, en un movimiento de retroceso, hasta una de esas etapas anteriores.

La aspiración o continuación del desarrollo se ve impelida a una regresión, y por tanto el logro de su meta de satisfacción, la cual provocará un tropiezo con fuertes obstáculos externos en la forma más tardía o de nivel evolutivo superior. Aquí se presenta la conjetura de que fijación y regresión no son independientes entre sí.

Mientras más fuerte sean las fijaciones en la vía evolutiva, tanto más la función esquivará las dificultades externas mediante una regresión hasta aquellas fijaciones, y la función desarrollada mostrará una resistencia tanto menor frente a los obstáculos externos.⁹

7 Fijación

Es una demora de una aspiración parcial en una etapa anterior la cual se ve verá precedida de la regresión.⁹

Otto Fenichel (2008), propone cinco factores para la naturaleza de las fijaciones que son los siguientes:

1. Una excesiva satisfacción que se rehúsa a ser abandonada, entonces, el sujeto queda fijado en las etapas que pueden ser de carácter oral, anal, y uretral y la consiguiente regresión por la añoranza de ese estado anterior.
2. La segunda es análoga a la anterior, sin embargo aquí no se han evidenciado satisfacciones sino que por el exceso de preocupaciones el sujeto no continúa a la siguiente etapa.
3. Cuando el agente frustrador (padre), fundamental en las identificaciones del niño, es portador de grandes frustraciones genera una reacción donde el niño o bien se hace igual al frustrador o queda fijado en una etapa.
4. Cambios repentinos pueden generar una fijación, por ejemplo, en una época de excesivas satisfacciones y que de forma repentina se produce una fuerte frustración, desencadena una fijación.
5. La mayor cantidad de fijaciones son una forma defensiva, para bajar niveles de ansiedad.

Debido a que la regresión da paso a la fijación y con ello trae un acto el cual representa cierto grado de estimulación y/o satisfacción; debido a la repetición, persistencia y satisfacción que los actos ofrecen pueden desarrollar un hábito.

8 Hábitos orales

Hábito está definido como el modo especial de proceder o conducirse **adquirido por repetición de actos iguales o semejantes**, u originado por tendencias instintivas, los cuales dependen de ciertos factores para involucrarse en la vida del infante y de igual manera existen diferentes tipos de hábitos:

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

- Duración y edad:

Por su duración puede ser sub clasificada en:

1.- Infantil (hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.

2.- Pre-escolar (2 a 5 años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

3.- Escolar (6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales.

- Frecuencia:

A. Continuos (nocturnos)

B. Pueden ser Intermitentes (diurnos)

C. Hay niños que succionan sólo para dormir

- Intensidad

- Poco intensa: cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.

- Intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.¹

8.1 Tipos de hábitos orales (diferentes clasificaciones)

Existen diferentes tipos de hábitos orales los cuales Finn clasifica en dos tipos:

A. Hábitos compulsivos: Adquiridos por el infante con una fijación tal que se vale de la práctica del hábito cuando siente que su seguridad está amenazada, o sea, expresa una necesidad emocional profundamente arraigada, funcionando como una válvula de seguridad

B. Hábitos no compulsivos: Se adquieren o abandonan fácilmente, van conforme a su patrón de conducta.

Menciona también la posibilidad de autocorrección de los hábitos si son abandonados por parte del infante previo al comienzo de la dentición mixta.¹⁰

Los hábitos orales pueden ser clasificados por su naturaleza:

A. Mecánicos: Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un infante que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta, por ejemplo, que los incisivos permanentes erupcionaron ectópicamente en una posición protruida y provocaron una interferencia mecánica. Como resultado el labio inferior pudo haber quedado atrapado por los incisivos ectópicos. Siendo preciso que el niño empujara su lengua para lograr el vacío necesario para la deglución.

En esta situación, los patrones de deglución atípicos son bastante recientes y en respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes. Por supuesto, el hábito agravará con constantemente este tipo de erupción.

B. Patológicas: Una inflamación de las amígdalas y las adenoides puede acarrear la respiración bucal; muchas veces las adenoides pueden agrandar aún después de que la infección ha remitido y persistir dicha respiración.

En este caso la extirpación de las amígdalas y adenoides pueden ayudar en el tratamiento del hábito y restaurar los patrones de respiración adecuados.

C. Emocionales: Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluirán determinados hábitos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta, como retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes.

Estos hábitos por lo general desaparecen cuando el niño madura y/o pasa el problema emocional y, con él, la necesidad de recompensas o aseguramientos positivos.

D. Imitación: Los niños pequeños aprenden por imitación a hablar, sentarse, ponerse de pie, etc. Como resultado de esto, con frecuencia desarrollan los problemas de fonación de sus padres.

Los niños también imitarán sus posiciones de la lengua y mandíbula. Puede ser que este problema se presente en varias generaciones y no necesariamente sea un factor genético ya que, en realidad, pudo haber sido una conducta imitativa pasada de una generación a la siguiente. Aunque esto no pretende negar la importancia de las tendencias genéticas en el desarrollo de maloclusiones.

E. Conducta al azar: Existen casos en los que el comportamiento carece de objetivo.

Algunos comportamientos al azar tienen, no obstante, orígenes que pueden ser tan remotos clínicamente que no sea factible ser identificados.

También pueden ser clasificados en el impacto que tienen en el infante:

- Hábitos Fisiológicos: Son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal).
- Hábitos no fisiológicos/ perniciosos/ desadaptativos: Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión digital, deglución atípica y respiración bucal.¹¹

Tomando en cuenta dichos hábitos tomaremos los de mayor importancia para el presente los cuales son los hábitos desadaptativos, ya que ellos son los que se ven relacionados íntimamente con la psicología y la odontología.

9 Succión digital

La mayoría de los infantes de ahora realizan algún tipo de succión no nutritiva: **chuparse el pulgar (es el dedo más comúnmente recurrido por los succionadores), otro dedo o algún objeto de forma parecida**. Se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intraútero, y la gran mayoría de los lactantes lo hacen entre los 6 meses y los 2 años de vida o más. Esta práctica está determinada culturalmente en alguna medida, ya que los niños de pueblos primitivos que pueden acceder al pecho materno durante largo tiempo rara vez chupan otros objetos.¹²

Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.

Alcanza su máximo alrededor de los 7 meses de edad en que el niño está gran parte del día y de la noche con el dedo dentro de la boca, por lo tanto, la peor época para tratar de interferir. Posteriormente, hay periodos altos y bajos hasta los 18 ó más meses, en que suele alcanzar nuevamente el máximo.

Después de los 2 años este hábito suele disminuir durante el día y asociarse sólo a momentos de fatiga, sueño, frustración o hambre.

Alrededor de los 3 años tiende a ser menos frecuente durante el día, y en la noche se asocia a tomar con la mano libre o con los dedos libres de la mano de pulgar succionado, algún objeto tal como una punta de frazada o sábana o parte de un juguete favorito.

Alrededor de los 4 ó 5 años la succión del pulgar se asociará sólo con el sueño y luego desaparecerá de forma espontánea.¹³

9.1 Mecanismo de la succión digital

La mayoría de las veces el dedo es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores.

También la succión labial puede aparecer tras el hábito de succión digital al haberse incrementado el resalte incisivo, siendo absorbido el labio inferior.



Figura 1.1 Fotografías extraorales representando el mecanismo de succión digital.

Fuente: Propia.

9.2 Consecuencias de la succión digital

Cuando el hábito persiste de una succión digital el arco superior no se desarrolla a lo ancho por una alteración en el equilibrio entre la presión de las mejillas y la de la lengua. Si se introduce el pulgar entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión que ejerce la misma sobre la cara lingual de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión, la presión de las mejillas es máxima en las comisuras bucales, y es probable que ésta sea la explicación de que el arco maxilar tienda a adoptar forma de V, con una mayor constricción en los caninos que de los molares.¹²

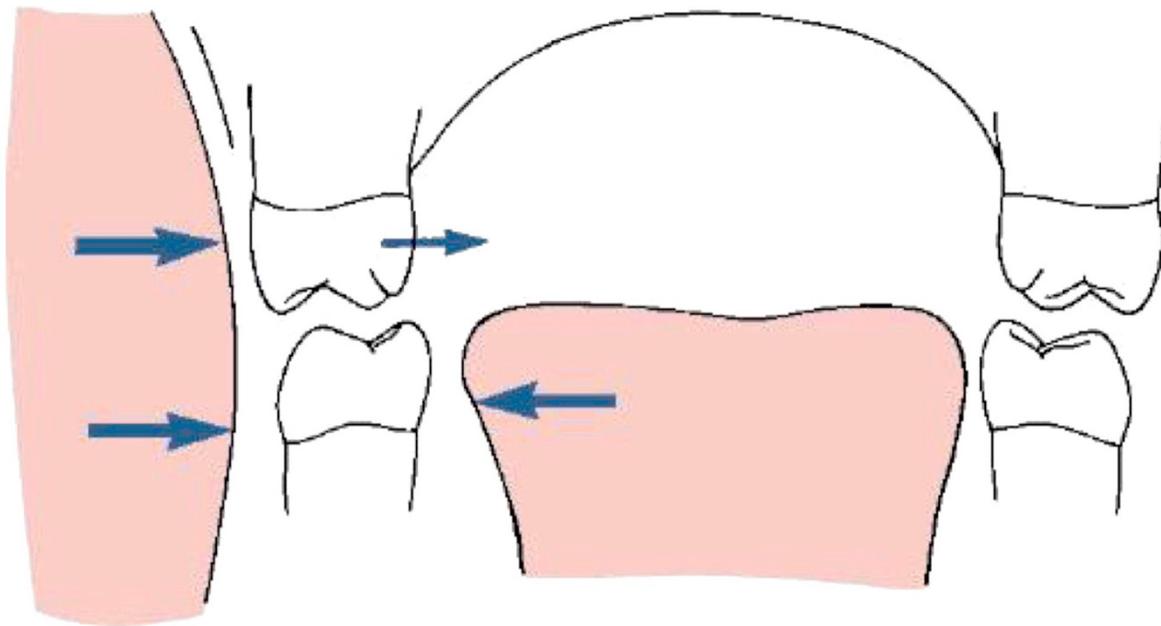


Figura 1.2: Representación esquemática de las presiones de los tejidos blandos en la región de los molares de un niño con el hábito de chuparse el dedo. Al descender la lengua y contraerse las mejillas durante la succión, se altera el equilibrio de presiones que actúan sobre los dientes superiores, y los molares superiores se desplazan lingualmente, pero no así los molares inferiores.¹²

Fuente: Proffit (2013)

El efecto de este hábito sobre los tejidos duros y blandos dependerá de su frecuencia (horas diarias) y su duración (meses/años). Cuando la succión es frecuente y prolongada, los incisivos superiores se inclinan en sentido vestibular, los inferiores se inclinan en sentido lingual y algunos incisivos no pueden erupcionar correctamente. Como cabría de esperar, aumenta el resalte y disminuye

la sobremordida. En muchos niños disminuye la anchura entre los caninos y los molares superiores, lo que da lugar a una mordida cruzada posterior.¹²



Figura 1.3: Protrusión dental consecuencia del hábito de succión digital

Fuente: Propia



Figura 1.4: Mordida abierta anterior consecuencia del hábito de succión digital

Fuente: Propia

10 Factores predisponentes de hábitos

Existen ciertos factores que predisponen la aparición de hábitos, en este caso el hábito de succión digital se verá inducido por dos factores:

10.1 Niños Prematuros

La prematurez se debe a varias causas. La más común es el parto múltiple, en el cual dos o más niños nacen al mismo tiempo, enfermedades o discapacidades del feto, tabaquismo de la madre o consumo de drogas y desnutrición, entre otras.⁶

Justo después del nacimiento, a los niños prematuros les cuesta más trabajo adaptarse al mundo exterior que a los niños a término. Algunos de los problemas posteriores del bebé prematuro provienen de la forma en que se le trata durante las primeras semanas de vida. Dada la necesidad de mantenerlo dentro de una incubadora, su contacto normal con los cuidadores es menor que el de los recién nacidos en general. A pocos se les amamanta a pocos se les sostiene en los brazos mientras se les alimenta y algunos no pueden succionar durante las primeras semanas. Se ven privados, pues, de las experiencias sociales del amamantamiento que crean en forma normal un vínculo temprano entre el curador y el niño a término. (6)

A lo largo de la infancia se observan las consecuencias del escaso contacto inicial atribuirles a la prematurez (Gilberto, 1979). Por lo regular se observa que:

- Los progenitores los sostienen menos cerca del cuerpo, los tocan y miman menos.
- Los niños tienden a jugar menos
- Asimilan los estímulos externos con mayor dificultad

Pese a ello, muchas de las diferencias con los niños comunes desaparecen al final del primer año, sobre todo cuando los padres procuran compensarlos, dedicándoles más tiempo y tratando de estimularlos por medio de todos los medios. Estimulan a su hijo, acariciándolo y hablándole; el resultado es un mayor apego.

10.2 Pérdida dental prematura

En ocasiones, la pérdida prematura de dientes conlleva la adquisición de hábitos bucales, como:

- Exploraciones linguales en el espacio existente
- Succión de carrillos o labios en la zona
- Interposición de objetos en los huecos
- Si persisten pueden ocasionar malposiciones dentarias, debido a la presencia excesiva en dicha área y otras maloclusiones (p. Ej., mordida abierta).¹⁴

11 Tratamientos

El hábito de succión digital se puede tratar de diversas maneras dependiendo de la edad y/o la gravedad del daño que se exista, clasificaremos los tratamientos en:

- Preventivos
- Restrictivos
- Correctivos
- Psicológicos

11.1 Tratamientos Preventivos

Dentro de los tratamientos preventivos encontramos la lactancia materna, la cual ha dado importantes asociaciones tanto en el ámbito psicológico como odontológico.

11.1.1 Lactancia Materna

La lactancia materna es un tratamiento de prevención ya que aquí tiene el apego su etiología y parte del instinto de sobrevivir, dicho acto predispondrá debido al apego que desarrollará el tipo de respuesta que el infante tendrá ante las situaciones de frustración que a éste se le presenten, dichas respuestas resultarán o no, constructivas.

La lactancia materna tiene sus orígenes desde el periodo fetal que abarca desde el inicio del tercer mes hasta el nacimiento del feto (Palabra francesa que significa "embarazo" o "fecundo") ya que el infante comienza a tener ciertos patrones de comportamiento entre los cuales se encuentran:

- Patear
- Voltear la cabeza
- Abrir la boca
- Practicar la respiración dentro del líquido amniótico
- Efectuar el movimiento de succión (llega a chupar el pulgar)¹³

En el momento del parto el infante está pre-adaptado, por así decir, a la supervivencia y a la sociabilidad. Ve, escucha, succiona y coge los objetos en formas sumamente específicas desde los primeros días de vida.⁴

A estas conductas biológicas se les conoce como reflejos, los cuales pueden ser clasificados en:

- Reflejos de supervivencia:** son reflejos indispensables para adaptarse y sobrevivir, sobre todo en las primeras semanas de vida, antes de que asuman el control los centros superiores del cerebro.
- Reflejos primitivos:** son reflejos que no tienen un evidente valor de supervivencia, pero que quizá fueron importantes en alguna etapa de la historia evolutiva de la humanidad.

La succión es un reflejo de supervivencia del neonato que va acompañado por el reflejo de búsqueda, la cual es una respuesta si tocamos o estimulamos la boca del infante haciendo movimientos rítmicos con la boca y la lengua, paulatinamente este reflejo **adquiere un carácter voluntario** en los primeros meses de vida. Con ello el infante comienza su vida dirigiendo su exigencia de supervivencia a la madre ya que es el primer contacto y lo hace basado en la necesidad de alimentarse.^{6.4}

La lactancia materna debido a distintos factores como el tiempo, puede resultar no satisfactoria por lo cual puede llegar a ser frustrante, por lo consiguiente este bebé, a lo largo de su vida, irá creando sustitutos, por ejemplo: **tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o se pondrá objetos extraños en la boca, se morderá las uñas, el pelo, el brazo y el labio.**¹⁵

El acto de succión se realiza en 2 fases:

- **Primera fase:** el lactante chupa el pezón y parte de la areola y por fuera cierra herméticamente los labios bajando la mandíbula y el piso de la boca, por descenso de la lengua. Se forma una cámara de succión cuyo cierre dorsal se hace por la base de la lengua y el paladar blando, el pezón es succionado y los senos lácteos se llenan de leche desde la glándula
- **Segunda fase:** en esta fase se llega a un vaciamiento de la leche presionando y exprimiendo el pezón de atrás hacia adelante con lo cual la mandíbula se adelanta de su posición de retroceso.¹⁶

11.1.2 El impacto de la lactancia materna en la cavidad oral

Ontogenéticamente, el primer plano oclusal alveolar surge en la vida intrauterina, constituido por mecanorreceptores de Vater Paccini, sensitivos a la tensión y presión, o sea, a la vibración. Estos forman una densa red sensorial en la mucosa de la cresta del reborde alveolar, que ocupa los mismos lugares de los futuros deciduos superiores e inferiores. A través del movimiento de las dos hemimandíbulas, la deglución y la succión comienzan a existir cuando la lengua y los labios comienzan a moverse alrededor de la 12a y 14a semanas, respectivamente.

En los primeros meses, el niño mueve la mandíbula hacia anterior y posterior, sin movimientos hacia abajo.

La relación entre la mandíbula y el maxilar es de retrognatia fisiológica, la respiración nasal y los movimientos posteroanteriores durante el amamantamiento activan los circuitos neurales apropiados para el desarrollo facial, los cuales también obligan a la mandíbula retraída a posicionarse normalmente con el maxilar, permitiendo de esta manera, se pueda establecer la guía anterior de la dentición temporal, entre los 9 y 15 meses de vida, iniciándose el proceso neural de movimiento lateroprusivo, y que junto con la neuromusculatura que da la dimensión vertical desde el nacimiento y el crecimiento de las bases maxilares son el punto de partida del plano oclusal.

El movimiento protrusivo y retrusivo durante la lactancia favorecerá la diferenciación anatómica de la mandíbula permitiendo se establezca una guía anterior, posteriormente a los 24 meses existirá un

levantamiento de pérdida determinada por la oclusión de los primeros molares de la primera dentición que darán el primer levantamiento fisiológico de la mordida.

El segundo levantamiento fisiológico se establecerá alrededor de los 36 meses con la oclusión de los segundos molares de la primera dentición, todo esto no podrá producirse si no es modificada la posición distal de la mandíbula con respecto al maxilar, provocándose que los movimientos funcionales no estimulen el crecimiento, que a su vez según el Doctor Hotz en la alimentación con biberones no hay estímulo ocasionando por esa causa la posición retruida de la mandíbula, el componente de succión aumentada parece traer consigo una mayor presión de las mejillas que puede llegar a ocasionar una compresión del maxilar superior.^{17, 18}

La relación entre la lactancia materna y el desarrollo de hábitos orales se vió reflejado en un estudio realizado en Cuba en el año 2012, se realizó una encuesta la cual junto a 107 niños y niñas de entre 3 a 5 años, entre los criterios que emplearon fueron la división de los niños que no recibieron lactancia materna a 3 meses, de 3 meses 1 día a 6 meses y 6 meses un día en adelante, resultando en relación al tiempo de lactancia materna y la presencia de hábitos bucales deformantes, el 86,6 % de los que recibieron lactancia materna de 0-3 meses eran portadores de hábitos bucales deformantes.¹

Tiempo de lactancia materna								
Hábitos	De 0 a 3 meses n=60		De 3 a 6 meses n=38		Más de 6 meses n=9		Total n=107	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	52	86,7	15	39,4	2	22,2	69	64,4
No	8	13,3	23	60,6	7	77,7	38	35,5

Tabla 1. Presencia de hábitos bucales deformantes según tiempo de lactancia materna¹

Fuente: Fuguet(2014)

11.2 Tratamientos Restrictivos Fijos

Cuando un hábito oral es adquirido, debe buscarse la manera de impedirlo, para ello existe la aparatología fija la cual impide o dificulta el acto de succión. Es muy importante tomar en cuenta que no corrige, este tipo de tratamiento es indicado cuando el hábito es abordado a tiempo, previo a cualquier tipo de maloclusión provocada por el hábito, debido a que la presencia del hábito de succión digital después de los 4 años genera cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, agrava la severidad de las anomalías, pues la sobremordida horizontal aumentada y la mordida abierta anterior dificultan la deglución normal, retardan su maduración y crean mecanismos nocivos que llevan a

desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución y poder llevar a cabo el selle anterior en el momento de la deglución, lo cual también pueden afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras.

Existen múltiples tratamientos restrictivos fijos tanto intraorales como extraorales, incluso hay variantes (intraorales) que ayudan no sólo al impedimento del hábito sino también ayudan en la corrección del mismo; una vez colocados dichos aparatos se requiere la permanencia del mismo hasta que el infante desista de hacerlo, posterior al cese del hábito es necesario dejar el dispositivo de 3 a 6 meses para disminuir las probabilidades de regresión.^{12, 19}

11.3 Tratamientos correctivos

Dependiendo de la edad en la que el paciente se presente a la consulta se tomará acción, si se presenta en un momento donde el desarrollo y crecimiento orofacial no está presente se tendrá que recurrir a tratamientos ortodóncicos los cuales corregirán las estructuras dentoalveolares sin embargo se perderá la posibilidad de realizar cambios dentro de la arquitectura esquelética y como consecuencia aumentará la necesidad de realizar un tratamiento ortodóncico complejo que puede incluir extracciones de dientes permanentes o cirugía ortognática.²⁰

Tanto los tratamientos restrictivos como los correctivos deben ir acompañados del tratamiento psicológico de lo contrario tienden a sufrir una recidiva ya que no se atiende la etiología sino solo las consecuencias.

11.4 Tratamientos Psicológicos

El abordaje debe ser de primera instancia por los padres, las diferentes técnicas a tratar primordialmente serían:

- Conciencia del hábito: conversación directa con el niño
- Convenio de recompensa o castigo: pequeñas recompensa tangibles por cada día que no recurra al hábito.
- Reforzamiento positivo.

- Procedimientos de atenuación sensorial: Interrumpir la retroalimentación sensorial del hábito por medio de la aversión química o vendaje del hombro para que no pueda flexionar el brazo (4)

Posterior a ello, sin la obtención de resultados Finn sugiere que se elimine con método psicológico, en el que el propio niño sea quien llame para concertar la cita y con la ayuda de los padres se siga en el hogar una conducta que establezca una meta orientada a suprimir el hábito, como ofrecerle una pequeña recompensa.²¹

Las terapias psicológicas de elección en este caso es la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual

11.4.1 Terapia Conductual

La Terapia Conductual o modificación de la conducta es considerada por Kazdin que: “consiste en la utilización de los datos experimentales obtenidos a partir de la investigación psicológica con el propósito de modificar la conducta. El término modificación de conducta tal y como se emplea en su sentido técnico, se refiere a un enfoque metodológico orientado al desarrollo, aplicación y evaluación de técnicas de cambio de conductas derivadas de la investigación psicológica” (Kazdin 1983); y por su parte definió la terapia conductual como: “El intento para alterar la conducta y las emociones humanas de un modo beneficioso y de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje.(Eysenck1979).

Se basa principalmente en las siguientes técnicas terapéuticas:

- Principio de reforzamiento positivo
- Principio de reforzamiento negativo
- Moldeamiento
- Modelamiento
- Economía de fichas
- Control de estímulos
- Técnicas aversivas
- Autocontrol
- Desensibilización sistemática

11.4.2 Terapia Cognitivo Conductual

En la Terapia Cognitivo Conductual, las hipótesis de trabajo se basan en que los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos y denominados distorsiones cognitivas ejercen un efecto adverso sobre la diferentes emociones, conductas y modos de funcionamiento conductuales y que por lo tanto, la reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades conductuales colaboran en mejorar el estado de los pacientes.²¹

- Técnicas Conductuales
- Hipnoterapia
- Técnica de relajación

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre hábito de succión digital y alteraciones del desarrollo cognoscitivo

Objetivos Específicos

1. Obtener factores que relacionen la succión digital y las alteraciones del desarrollo cognoscitivo mediante la realización de entrevistas y su análisis mediante la categorización.

Planteamiento del problema

Los hábitos orales han sido tratados por parte de la odontología con diversos aparatos ya sean fijos o removibles sin embargo los hábitos al no ser corregidos de una manera integral puede traer consigo atrasos o complicaciones durante el tratamiento o una reincidencia, ya que dicho tratamiento sólo corregirá las estructuras oralmente afectadas sin embargo la etiología psicológicamente hablando del hábito quedará presente y sin una solución verdadera debido a la omisión de la relación que existe entre dichos hábitos con el desarrollo psicológico, por lo tanto el tratar pacientes de esta índole de una manera integral se obtendrá no sólo aumentar la tasa de éxito en estos tratamiento sin también la calidad de los resultados obtenidos resultantes por la integración de la Odontología y la Psicología.

Hipótesis

HA: Los pacientes con hábito de succión digital presentarán alteraciones en el desarrollo cognoscitivo.

HN: No existe relación alguna entre el hábito de succión digital y el desarrollo cognoscitivo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Se realizó una entrevista cualitativa a profundidad basándonos en la historia clínica y entrevistas enfocadas al desarrollo psicológico la cual constó de dos dominios: Desarrollo Psicosexual y Desarrollo Cognoscitivo; basada en la historia clínica y entrevistas psicológicas relacionadas con el desarrollo psicológico.

El tamaño de la muestra fueron 5 niños y sus respectivos padres.

Fue un muestreo por conveniencia

La entrevista fue grabada y transcrita

Se realizó un análisis psicológico a la entrevista mediante la codificación y categorización

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Niños con hábito de succión digital presente
- Niños de edades de entre 4 a 8 años
- Padres de niños con hábito de succión digital presente
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado

Descripción de la metodología empleada

La entrevista

La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger información verbal con relación con una determinada finalidad, en donde el encuestador es el instrumento de la investigación.

Grawitz (1984) clasifica la entrevista en:

1. La entrevista clínica (psicoanálisis, psicoterapia): Admite pocas preguntas, el encuestado elige el tema, tiene importancia lo que dice y la manera en la cual lo dice, tiene un objetivo terapéutico.
2. La entrevista profunda: El encuestador sugiere el tema a explorar, es libre, se analiza de forma cualitativa, el objetivo no es completamente terapéutico, el objetivo es limitado.
3. La entrevista de respuestas libres: Numerosas preguntas, es muy flexible.
4. La entrevista centrada: Se centra en una experiencia, el objetivo es más preciso, se realiza una hipótesis previa.
5. La entrevista de preguntas abiertas: Preguntas precisas y con orden, la respuesta es libre.
6. La entrevista de preguntas cerradas: Es estructurada, toma en cuenta un cuestionario estandarizado, las respuestas son de elección limitada.

La entrevista empleada en este trabajo es la entrevista profunda la cual tiene por características:

- El encuestador es quien sugiere el campo a explorar
- Se conserva cierta libertad en la forma de llevar la entrevista, como el encuestado en la forma de responder
- El encuestador observa el contenido latente y analiza los datos de forma cualitativa tomando en cuenta el contenido manifiesto de lo que dice el paciente y la forma en la cual lo dice
- El objetivo no es necesariamente terapéutico
- El objetivo es limitado

Para la realización de la entrevista se deben tener en cuenta factores entre los que se encuentran, las limitaciones de la investigación, el planteamiento del problema, el guía de la entrevista, la selección de informantes (entrevistados), las características del sitio, el proceso de verificación de la información.

Para la elección de los entrevistados por lo que concierne a la investigación cualitativa, y para efectos de la realización de la entrevista, se recurre al muestreo no probabilístico que no reposa sobre el azar, sino que es intencional.

Para la obtención de información lo más verídica posible dentro de la entrevista se deben tener en cuenta diversos aspectos:

- No se debe forzar la cooperación
- El entrevistado debe conocer los objetivos de la investigación antes de comprometerse a proporcionar información
- Se debe proteger el anonimato y la confidencialidad de la información
- Se deben tener ciertas aptitudes entre las que se encuentran
 - Inspirar confianza
 - Suscitar y mantener el interés
 - Escuchar y no intervenir, excepto en los momentos propicios
 - Reducir las distancias que pueden crear las diferencias de status social de cultura entre él y su interlocutor
 - Aprovechar el campo de conocimiento del informador y explotarlos
 - Aceptación incondicional

Ya obtenida la información, la transcripción proporcionará calidad a la investigación. Por una parte podemos confiar en nuestra memoria y por otra parte obtenerlo de material captado por la grabadora, aunque los objetos de grabación suelen cohibir a los entrevistados.

Posteriormente se fragmenta el texto, discriminando la información en unidades de sentido que pueden estar en un mismo texto, frase, grupo de palabras, etc. Para posteriormente asignarles un código, el cual es un símbolo aplicado a un grupo de palabras que permite identificar, reunir y clasificar las diferentes informaciones obtenidas por la entrevista, observación u otro medio.

Una vez codificadas las partes del texto y agrupadas bajo un mismo código, se agruparán a su vez en categorías y subcategorías; en las cuales las categorías son el común denominador y ya sea que hayan sido previstas y elaboradas previa a la entrevista o realizadas durante la entrevista, se buscará agrupar un conjunto de enunciados sin forzar su sentido; y ya que son de carácter flexible, este sistema de categorización puede ser alterado debido a que se van perdiendo o agregando categorías y subcategorías, dependiendo de la información obtenida.²²

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos mediante el análisis de categorización de la entrevista realizada tanto a los pacientes con hábito de succión digital como a sus respectivos padres o tutores, fueron divididos entre factores detonantes (etiología del acto de succión digital) y en factores perpetuantes (promueven la constancia y la formación de un hábito).

Los factores detonantes (categorías) que se obtuvieron fueron los siguientes:

- Ansiedad por separación
- Sobreprotección
- Lactancia materna
- Disfunción Familiar
- Relación con hermanos

Los factores perpetuantes (subcategorías) que se obtuvieron fueron:

- Objeto transicional
- Aburrimiento
- Frustración
- Enfermedades
- Lactancia materna insuficiente
- Lactancia materna insatisfactoria
- Destete repentino
- Ausencia del padre
- Rivalidad fraterna
- Relaciones disfuncionales con compañeros de escuela
- Lugar que ocupa en el orden de nacimiento con respecto a sus hermanos

Cabe decir que todos los datos fueron concluyentes, es decir, que todos los infantes presentaban las mismas alteraciones (psicológicamente hablando) salvo las relaciones disfuncionales con compañeros de escuela ya que dicha alteración sólo estuvo presente en tres de los cinco infantes participantes en la investigación.

Posteriormente se prosiguió con la estructuración de la información mediante la siguiente tabla:

Categorización

Categoría	Subcategoría	Frases Codificadas	Citas
Ansiedad por separación	Objeto transicional	El infante descubre la posibilidad de transformar, por medio del uso de objetos transicionales, en tolerable y aceptable la separación con la madre, el mundo y otras situaciones que implican sufrimiento psíquico; en este sentido, es capaz de recurrir a ellas cada vez que se está en presencia de alguna de estas situaciones, lo cual puede ir acompañado del hábito de succión digital. ²³	Se ve presente en la entrevista realizada a la madre de DM cuando le preguntamos sobre el objeto transicional que su niña poseía, donde el hábito está presente al momento de tenerla: “De hecho inició como que con cualquier sábana o algo, pero como al mes más o menos fue cuando ya no soltó esa “cobijita”, osea, esa “cobijita” ya es la que hasta ahora, hasta la fecha la sigue jalando para todos lados.”
	Aburrimiento	El aburrimiento es un afecto-efecto que puede verse ligados a otros especialmente con la tristeza, para Freud los afectos no se reprimen y por ende esto los transforma en aptos para anudarse, en un sentido opuesto a la palabra, en ese caso sería al placer-displacer: ej. El aburrimiento y la diversión placentera, queriendo así justificar el hábito que se ve presente ante situaciones que generan al niño aburrimiento. ²⁴	Quando se le preguntó a la tutora de CH en qué momentos se presentaba el hábito: “Cuando está viendo la tele y cuando está “dormidito”, o cuando se quiere dormir”; De igual manera con la mamá de NG: “En la noche y cuando ve la tele, y en todos los casos los menores nos referían de igual manera que viendo la televisión o al tener sueño tenían presente el hábito.

Categorización

	Frustración	<p>Es una respuesta no aprendida debido a que su aparición se ha reportado a las 4 hrs de nacido, fue definida como un estado o respuesta del organismo que se desencadena cuando un sujeto experimenta una devaluación sorpresiva en la calidad o cantidad de un reforzador apetitivo, en presencia de señales previamente asociadas a un reforzador de mayor magnitud (Amsel, 1992); por consiguiente el infante tendrá que valerse de sí mismo para disminuir la frustración por medio de la disociación, lo cual en este caso se traduce a la aparición del hábito.²⁵</p>	<p>Cuando le preguntamos a la mamá de NG que bajo que otras situaciones realizaba el hábito, nos refirió que cuando la regañaban reaccionaba apartándose y llevando a cabo el hábito: “Cuando la regaña casi siempre va y se duerme pero con el dedo en la boca”</p>
Sobreprotección	Enfermedades	<p>En la infancia las personas entran a una etapa de autonomía frente a vergüenza y duda, la cual dura hasta los tres años. Durante este periodo, los niños desarrollan independencia y autonomía si los padres alientan la exploración y libertad dentro de límites seguros, pero si al contrario se les restringe o sobreprotege, tendrán como resultado vergüenza, inseguridad en sí mismos e infelicidad; Erikson argumenta que la personalidad de los bebés es moldeada principalmente por sus experiencias.⁴</p>	<p>Se refiere la sobreprotección debido a la condición de DM en su nacimiento, ya que en la entrevista comenzó a llorar: “Bien, aunque preocupación, porque cuando ella nació, nació con luxación de cadera, entonces yo la verdad no sabía ni de qué me hablaba. (La paciente refiere su preocupación al pensar que su niña no iba a caminar debido a que no fue informada correctamente del problema de su niña)</p>

Categorización

Lactancia	Insuficiente, destete repentino, insatisfacción	El apego se desarrolla desde el nacimiento teniendo bases con la alimentación (lactancia materna), el vínculo que se forma depende de diversos factores entre los cuales están presentes el tiempo que la madre le dedica al infante diariamente para su alimentación, la calidad refiriéndonos a si la técnica es la correcta o no, el tiempo refiriéndonos al tiempo en meses que la lactancia es dada al infante y en su momento la manera en que disminuye la alimentación llegando a la suspensión definitiva de la misma. Si alguno de estos factores se ve afectado, el desarrollo del niño puede verse alterado, ya que se generaría un apego del tipo ansioso, esto quiere decir que el infante buscará maneras de descargar dicha frustración y en este caso recaerá dicha acción sobre las válvulas de escape	Cuando preguntamos el cómo fue el destete a la mamá de NG nos respondió: "Pues fue brusco, en el momento en el que se lo quito, compramos biberones y ya no quizo, y empezamos con el biberón succionándolo, normal, pero como vimos que no quiso se lo cambiamos por vaso." Sin tener una razón válida para el destete; en comparación con la mamá de JG que tuvo que suspender radicalmente la lactancia materna debido a un patología: "Porque a mí me iban a operar de mi mama derecha, tenía fibrosis y me la iban a operar, se la quité en dos días, y duré como un mes dándole biberón, pero no le daba leche, leche, le daba atole, avena y posteriormente ya fue con vaso", en ambos casos no existió una correcta técnica de destete, induciendo así el apego de tipo ansioso.
-----------	---	--	--

Categorización

Disfunción familiar	Ausencia del padre	La influencia de los padres recae principalmente en la atención y respuesta que ellos brindan ante los deseos, llanto y necesidades de los infantes; y no en el tiempo que se les dedica solamente. La presencia de los padres y el tipo de relación que tienen con los infantes tienen probabilidades de volverse agentes eficaces de socialización, la ausencia del padre durante la infancia impone gran tensión al sistema familiar (Lewis, 1987)	Esta situación se ve evidente en la entrevista realizada a la madre de JG que nos refirió su inquietud por su situación: “Bueno yo comentaba porque mi esposo es alcohólico, mi esposo trabaja fuera, entonces él sólo está digamos entre comillas los fines de semana y siempre estoy yo sola con mis hijos”. Ya que ella asociaba al hábito y al comportamiento de su hijo con ese factor en particular.
Hermanos	Rivalidad entre hermanos	Puede ser definida como el conjunto de emociones, sentimientos y comportamiento, de índole dolorosa y/o regresiva, que experimentan algunos niños frente al nacimiento y/o presencia de sus hermanos, Corman propone que existen diversas formas de manifestar esta rivalidad, en este caso se le conoce es de carácter indirecto, ya que el niño no enfrenta de una manera directa a su hermano(a), por lo tanto se presenta clínicamente en trastornos de ansiedad presentando así el hábito de succión digital. ²⁶	EL infante JG nos refiere que tiene conflictos con su hermana mayor, donde se agreden físicamente: “A veces porque nos peleamos, a veces porque mi hermana grandota porque nos damos nalgadas”; por otro lado la agresión de tipo verbal se ve presente en la relación de DM p y su hermano mayor: “yo siento que es por la diferencia de edades, como que él está haciendo la tarea y ella llega y lo empieza a molestar pues el se molesta, por que pues le dice: yo estoy haciendo mi tarea, haste pa’alla”, o si él va a su cuarto y ella no quiere que entre a su cuarto porque él piensa que le va a desacomodar o algo, entonces son cositas por las cuales a lo mejor a alguno no le parece la cosa del otro o la acción del otro.”

Categorización

	Relaciones disfuncionales con compañeros de escuela	La agresividad es una forma de manifestar la conducta inadecuadamente donde exista un daño físico o psicológico, su etiología proviene principalmente en las dificultades familiares las cuales provocan el comportamiento errático. ²⁷	JG nos refiere la agresividad debido a que él responde al trato de los agresores justificándose de la siguiente manera: "Porque como yo soy muy travieso, entonces se acostumbran a mi y por eso...."
	Lugar que ocupa en el orden de nacimiento con respecto a sus hermanos	Cuando un nuevo integrante se une a la familia, los progenitores prestan menos atención ya que disponen de menos tiempo y energía para el infante. La manera en que maneja estos cambios influye en la lucha, la competencia, y la rivalidad que surge entre hermanos (Dunn y Kendrick, 1980; Lewis 1987) por ello el niño generará frustración debido al sentimiento de desplazamiento.	Ninguno de los infantes era hijo único, de igual manera ninguno era el primogénito por lo cual ellos se sentían desplazados.

Tabla 2. Resultados obtenidos a partir de la categorización realizada a la entrevista

Fuente: Propia

DISCUSIÓN

La presencia de la succión se presenta desde el nacimiento debido a su naturaleza de supervivencia, es decir, es un reflejo innato no adquirido, presente durante la lactancia materna, donde tiene origen el apego, el cual se desarrollará dependiendo de la madre debido a factores tales como el tiempo, técnica que emplee durante la alimentación del infante, etc. En caso de que la madre no satisfaga al infante se generará un apego del tipo ansioso debido a la frustración y estrés que esto conlleva; y consiguientemente repercutirá posteriormente ya que intentará cubrir sus necesidades de afecto. El infante relacionará el pulgar con el pecho materno debido a similitud y ya que aún su pensamiento no es del tipo racional sino fantasioso, recurrirá al él cuando sienta la necesidad de hacerlo en situaciones que generen estrés de alguna manera, por ejemplo, cuando el infante se queda solo y no sabe como reaccionar se refugiara en dicha acción y así el pulgar se convertirá en su válvula de escape.

Cuando el niño crezca existirán ciertas situaciones que, debido a la frustración que generarán en él, predispondrán la perpetuación del hábito a lo largo de la infancia, incluso después; en el presente estudio se identificaron patrones que después de una categorización pudimos observar la relación que existe entre el desarrollo psicológico de los infantes y la presencia del hábito de succión digital.

Montenegro en el año 2000 menciona que el hábito de succión digital no producen una patología psiquiátrica y que por tanto no se justifica interpretar estas conductas como expresión de conflicto emocional, sin embargo fue posible determinar en este estudio dicha relación por medio de los resultados que se obtuvieron, dentro de los cuales se encontró que todos los infantes referían irregularidades presentes durante la lactancia materna, el sentimiento de desplazamiento, la sobreprotección, el aburrimiento y la ausencia del padre; en menor medida se presentaron relaciones disfuncionales con los compañeros escolares y la necesidad de tener presente un objeto en el momento de llevar a cabo el hábito de succión digital.¹³

Fuguet y Bullon en el año 2014 encontraron que los niños que son alimentados por menos de seis meses mediante lactancia materna presentan en mayor medida hábitos parafuncionales en comparación con los niños que fueron alimentados por más de seis meses. Esto refuerza nuestra hipótesis ya que todos los infantes de nuestro estudio la lactancia materna había sido suspendida a una edad temprana o de una manera abrupta por diversas razones (enfermedad o falta de tiempo, entre otras) y por ende sería un factor detonante del hábito, ya que el niño al generar un apego del tipo ansioso intentará reemplazar la presencia o afecto de la madre en el hábito de succión digital, cabe

destacar que el artículo fue de carácter cuantitativo y carece de profundidad en el área psicológica ya que no buscan la etiología sino sólo la presencia del hábito.¹

Por otra parte los factores que perpetuaban el hábito de succión digital fueron el desplazamiento donde los niños generaban frustración debido a la competencia fraterna (entre hermanos), eso se traduce a que los niños debido a la falta de atención por parte de los padres consecuencia de la llegada de otro integrante a la familia se sentían menos apreciados por la falta o la repartición del tiempo afectivo que en estos casos la madre brindaba hacia ellos y por ende buscarán la atención compartida que brinda la madre lo cual generará frustración en el infante, es importante mencionar el hecho de que la madre estaba presente la mayoría del tiempo debido a que el padre permanecía fuera del hogar durante la mayoría del tiempo debido al trabajo, Lewis en 1987 indica que esto conlleva a problemas de socialización ya que el padre ayuda en cierta medida a la interacción (el padre responde de una manera completamente distinta hacia las llamadas que el infante genera en búsqueda de atención) generando entre otras manifestaciones, agresión por parte del infante debido a la carencia de dicha relación; y por otra parte su ausencia impacta en la familia generando tensión dentro del núcleo familiar, esto al verse presente se reflejarán en expresiones psicopatológicas en donde el hábito de succión digital y la agresividad estarían presentes como lo encontrado en el análisis del cuestionario que aplicamos en el estudio y dentro de los trastornos regresivos y de ansiedad como lo anterior, es también indicado por Freud en 1917.^{4,9}

La sobreprotección fue evidente debido a que todos los infantes cursaron por situaciones de enfermedad presente en el momento del nacimiento o durante sus primeros años de vida, como consecuencia las madres generaron un apego del tipo ansioso, dicho apego referido por Montenegro en el año 2000 coincide con nuestro estudio debido a la limitación de la respuesta por parte de los infantes hacia las situaciones de estrés resultante a la sobreprotección detonando inseguridad y frustración al tener que afrontar situaciones en ausencia de la madre, esto ejemplificaría que tanto la ausencia como la estimulación excesiva por parte de los padres genera consecuencias, teniendo que mantener un equilibrio para así poder permitir al infante un sano desarrollo, por lo cual convertiría a la sobreprotección en un factor perpetuante.¹³

Todos estos factores alteran, pausan y generan regresiones las cuales repercuten dentro de la teoría cognoscitiva debido a que se evidencia la ausencia del correcto desarrollo al ser incapaz de lidiar con la frustración mediante acciones constructivas y en este particular caso parafuncionales y deformantes al realizar dicho hábito. Aunque esta clasificado por algunos autores como un acto que conlleva un curso natural hasta la edad de cinco años es importante tomar en cuenta todas las consecuencias que dicho acto conlleva, por tanto dichos factores son determinantes en el hecho de que pueden ayudarnos a diagnosticar y diferenciar los rasgos de una alteración cognoscitiva debido a la

simplicidad y su fácil integración en el interrogatorio inicial; y poder así encaminar a los pacientes para el tratamiento correctivo no sólo odontológico sino también psicológico logrando así un tratamiento integral y evitar así la reincidencia del hábito.

La categorización dentro del estudio nos permite analizar cada uno de dichos factores ayudándonos a determinar y entender la etiología y su desarrollo aumentando su veracidad; abriendo así las puertas a desarrollar investigaciones de mayor profundidad teniendo un punto de partida y encamina a desarrollar enfoques más específicos para someter a grupos control aunque debido a la complejidad y subjetividad de la Psicología se deberán tener en cuenta aspectos tales como ambientes controlados, la interpretación de los resultados, etc.

CONCLUSIONES

El éxito en tratamientos odontológicos de esta índole depende de los conocimientos del odontólogo para emitir un diagnóstico integral, partiendo del entendimiento de todas las partes que integran el problema central ya que nos permitirá emitir tratamientos más veraces, adecuados, oportunos y con mayor soporte evitando así los posibles fracasos debido a reincidencias u otros aspectos que limiten la realización de los tratamientos.

Dicho esto se puede concluir que la hipótesis alterna era verídica al obtener las alteraciones del desarrollo cognoscitivo y haberlas podido clasificar en factores tanto detonantes como perpetuantes en relación con el desarrollo cognoscitivo y el hábito de succión digital, de igual manera podemos ejemplificar la importancia de profundizar y ampliar nuestro criterio al momento de realizar una valoración, integrando preguntas a nuestro interrogatorio para poder deducir así la etiología sin olvidar la importancia de la interconsulta debido a la complejidad de los temas, en este caso psicológicos.

Bibliografía

1. Fuguet, J., Betancourt, A., Ochoa, L., González, M., Crespo, A. & Viera, D.. (2014). Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. *Revista Médica Electrónica*, 36, pp.561-571.
2. Montiel, E.. (2002). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *ADM*, LXI, pp. 209-214.
3. Mendoza, L., Meléndez, A., Ortiz, R., & Fernández, A.. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociadas con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2, pp. 220-227.
4. Lewis M. (1986). *Desarrollo Psicológico del Niño*. México: Interamericana.
5. Bordignon, N.. (2005). El Desarrollo Psicosocial de Eric Erickson. El Diagrama Epigenético del Adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2, pp. 50-63.
6. Grace, J. & Baucum D.. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
7. Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R.. (2009). *Psicología del Desarrollo*. México: The McGraw-Hill.
8. Castellanos, S.. (2013). Una aproximación al desarrollo psicosexual desde la perspectiva de la metapsicología freudiana. *Pontificia Universidad Javeriana*, 11, pp. 157-175.
9. Freud, S. (1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III) (Vol. XVI).
10. Finn, B.. (1973). *Odontología Pediátrica*. México: Interamericana.
11. Nieto, A., Mendoza, M. & Pontigo, A.. (2016). Prevención de hábitos no fisiológicos a través de la lactancia materna. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 5, pp.1-8.
12. Proffit, W., Fields, H. & Sarver, D.. (2013). *Ortodoncia Contemporánea*. España: Elsevier.
13. Montenegro, H. & Guajardo, H.. (2000). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Chile: Mediterráneo.
14. Boj, J. (2010). *Odontopediatría*. España: Elsevier.
15. Vergara, R., Barrueco, L., Díaz, L., Pérez, E. & Sánchez, T.. (2014). Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. *MEDISAN*, 18, pp.1064-1070.
16. Pavón, M., Puig, L., Cuan, M. & Labrada, M.. (2002). Tratamientos psicológicos alternativos para eliminar el hábito de succión digital complicada. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 6, pp. 398-404.
17. Simões, W.. (1989). *Ortopedia Funcional de los Maxilares*. 1989: Panamericana.
18. Villavicencio, L., José, A., Fernández, V., Miguel, A. & Magaña, AL.. (1996). *Ortopedia dentofacial una visión multidisciplinaria*. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica.
19. Villavicencio, J. & Hernández, J.. (2001). Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños. *Medica Colombia*, 32, Pp. 130-132.
20. Garcia, C. (2004). Mordida Abierta Anterior. *Revista Estomatología*, 12(2). Recuperado de <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/208>
21. Castillo, I., Ledo, H., & Ramos, A.. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de Salud Mental*, 43, Pp.30-36.

22. López, R., & Deslauries, J.. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *MARGEN*, 61, pp. 1-19.
23. Castellanos, S, & Trevesi, C.. (2005). La franja T: Una alternativa de intervención grupal desde la teoría de los fenómenos transicionales. *Univ. Psychol. Bogotá*, 7, pp.45-20.
24. Antón, M.. (2012). El aburrimiento. *Perspectivas en Psicología*, 9, pp. 104-109.
25. Kamenetzky, G., Cuenya, L., Elgier, A., López, F., Fosachea, S., Martin, L., & Mustaca, A.. (2009). Respuesta de Frustración en Humanos. *Terapia Psicológica*, 27, pp. 191-201.
26. Rigat, A.. (2008). Rivalidad fraternal, síntomas y escala para valorarlos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4, pp. 83-90.
27. Noñoro, N., Cruz, R., Cadalso, R., & Fernández, O.. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Revista Cubana Pedriatrica*, 74, pp. 138-44.

Anexos

Autorización para participación en proyecto de investigación

El Sr./Sra. _____

_____,
declaro que he sido informado(a) del motivo de la investigación, así como de su importancia en la participación de la misma, por lo tanto doy consentimiento para la participación voluntaria de mi hijo(a): _____

en la investigación así como mi participación voluntario en la misma, la cual tiene como objetivo el identificar factores etiológicos que predispongan la adquisición de hábitos orales, así como posibles alteraciones en el desarrollo psicológico del infante.

Autorizo la toma de fotografías, videos y grabaciones de voz, y por consiguiente el uso o la reproducción de las mismas por razones de educación científica, demostración o publicación de ser necesario.

La dinámica consistirá en entrevistas tanto al padre o tutor como al infante, posteriormente se tomarán fotos y videos, tanto intraorales como extraorales y complementarias.

Los datos obtenidos en esta investigación, así como la identidad tanto del infante como del padre o tutor serán confidenciales.

Posteriormente tendrán acceso a los resultados que ésta aporte

Se me informará acerca del uso de las grabaciones en video, fotografía o voz para algún fin diferente a los anteriormente mencionados.

Está investigación por ser de beneficio social, no tendrá remuneraciones económicas ni de cualquier otro índole.

No existe ningún límite de tiempo en cuanto a la vigencia de esa autorización.

Firma padre o tutor

Entrevista (Enfocada a padres de familia)

Nombre completo del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____ d/ _____ m/ _____ a

Edad: _____

Escolaridad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Domicilio actual: _____

Antecedentes Gineco-obstétricos

Embarazos: _____ Partos: _____

Abortos: _____ Causa: _____

Lugar que ocupa el infante en el embarazo: _____

¿Qué tiempo tienen de diferencia sus hijos con respecto al nacimiento del infante?

Edad de la madre al momento del embarazo del infante: _____

¿Tuvo asistencia médica para atender su embarazo? _____

¿Existió alguna complicación? _____ ¿Cual? _____

¿Sufrió algún traumatismo durante el embarazo? _____

¿Sufrió amenaza de aborto? _____ ¿Causa? _____

Actualmente está o sospecha embarazo _____

Toxicomanías

Previo al embarazo: _____ Durante el embarazo: _____

Durante la lactancia: _____ Actualmente: _____

Sustancia(s): _____

Frecuencia: _____

¿Ingerió algún fármaco durante el embarazo? _____

¿Cual? _____

¿Ingerió algún fármaco previo al embarazo? _____

¿Cual? _____

Parto

¿A los cuántos meses se presentó el parto? _____

Tipo de parto por la cual nació el infante: _____

¿Recibió preparación física o psicológica? _____ ¿Cual? _____

¿Tuvo problemas durante el parto? _____

¿Cuales? _____

¿Fue atendida por un médico? _____

¿Con qué anestesia fue practicada? _____

¿Cual fue el tiempo de labor de parto? _____

¿Cual fue su estado de salud posterior al parto? _____

¿Fue hospitalizada por alguna complicación durante o después del parto? _____

Motivo: _____

Nacimiento

¿Existió alguna complicación al nacer? _____

¿Cual? _____

¿Cual fue el peso del infante al nacer? _____

¿Cual fue el tamaño del infante al nacer? _____

¿Fue entregado a usted enseguida? _____

¿Su niño tuvo que ser incubado? _____

Motivo: _____

Lactancia Materna

¿Durante cuánto tiempo fue alimentado con leche materna? _____

¿Con qué fue alimentado el infante posterior a la lactancia? _____

¿Tuvo que ser suspendida la lactancia materna por algún motivo? _____

Edad del infante: _____

Motivo: _____

¿Tuvo buen reflejo de succión? _____

¿A qué edad fue el destete? _____

¿Cual fue su actitud? _____

¿Tomó biberón? _____ Tiempo _____

Control de esfínteres

¿Hasta que edad utilizó pañal? _____

¿Sufre accidentes? _____ ¿En qué horario es más frecuente? _____

Succión digital

¿Desde cuándo comenzó la succión digital? _____

¿Qué dedo(s) están involucrados? _____

¿En qué momentos se da el hábito? _____

¿Existen estímulos o situaciones en las que se acentúa el hábito? _____

¿Cuales? _____

¿Ha cambiado de dedo? _____ ¿A que dedo(s): _____

¿Ha llegado a morder sus uñas? _____

¿Se ha llegado a sangrar el dedo debido al hábito? _____

¿Ha intentado algo para corregir o eliminar el hábito? _____

¿De qué manera? _____

¿Usted lo hace o hacía? _____

¿Alguien cercano al infante lo hace o hacia? _____

APP

¿Padece alguna enfermedad? _____

¿Cual(es)? _____

¿Está bajo algún tratamiento? _____

¿Cual es el tratamiento? _____

¿Manifiesta alergias a fármacos o alimentos? _____

¿A cuales? _____

¿Ha sufrido algún traumatismo? _____

Especifique _____

¿Ha sido hospitalizado? _____

Motivo: _____

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? _____

Motivo: _____

Escolaridad

¿En qué grado se incorporó a la escuela? _____ ¿A qué edad? _____

¿Existió algún problema? _____

¿Cual? _____

¿Cómo fue su conducta dentro del aula? _____

¿Existió algún cambio en el hogar? _____

¿Existe algún problema actualmente?(Bullying, problemas de aprendizaje, etc): _____

Especificar: _____

¿Cómo es su relación con sus compañeros? _____

¿Juega con ellos? _____

¿Tiene amigos? _____

¿Ha repetido o perdido algún grado escolar? _____ ¿Cual? _____

¿Con qué regularidad asiste a la escuela? _____

Entorno Familiar

¿Con quién convive normalmente el infante en el hogar? _____

¿Con quién vive el infante? _____

¿Quién está a cargo del cuidado del niño? _____

Relación con el padre _____

Relación de la madre _____

Relación con los hermanos _____

Relación con sus amigos _____

Relación con los extraños _____

¿Con quién duerme el infante? _____

¿Cómo evalúa el descanso(dormir) de su niño? _____

¿Tiene terrores nocturnos? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Conducta

¿Cómo es su conducta en el hogar? _____

¿Cómo es con los extraños? _____

¿Con quiénes se desarrolla más con niños o con niñas? _____

¿Grupos de edades de las personas con quienes se desarrolla más? _____

Cuando se le pregunta sobre algún suceso, ¿se ajusta a la verdad? _____

¿Cómo reacciona ante alguna inconformidad o decepción? _____

¿Se comunica con palabras obscenas? _____

¿Cómo es regañado? _____

¿Cómo es castigado? _____

¿Cómo reacciona cuando es regañado o castigado? _____

Desarrollo Dental

¿Ha recibido atención odontológica? _____

¿A qué edad erupcionaron sus primeros dientes? _____

¿Presenta caries? _____

¿Ha sufrido algún traumatismo en la región oral? _____

¿Existió alguna complicación? Explíquela: _____

¿Ha sido anestesiado(a)? _____

¿Ha padecido alguna infección dental? _____ ¿Fue atendido? _____

¿Ha perdido algún diente? _____

Razón: _____

¿Cómo es su higiene oral? _____

¿Quién realiza su higiene oral? _____

Odontograma

Dientes presentes: _____

Caries: _____

Abscesos o Fístulas: _____

Pérdida de dientes: _____

Diente perdidos: _____

Forma de la arcada superior: _____

Forma de la arcada inferior: _____

Hábitos orales(registrar la existencia de algún otro hábito): _____

Higiene: _____

Malposición dentaria: _____

Cronología de la erupción: _____

Patologías: _____

Observaciones: _____

Entrevista (Enfocada al infante)

¿Cual es tu nombre? _____

¿Cuántos años tienes? _____

¿En qué año vas? _____

¿Quién es tu mejor(es) amigo(s)? _____

¿Qué juegan?: _____

¿Alguien te molesta en la escuela?: _____

¿Quién es y que te hace?: _____

¿Cómo se llama tu maestra?: _____

¿Cómo te llevas con ella?: _____

¿Cómo vas en la escuela?: _____

¿Cual es tu materia favorita?: _____

¿Con quiénes vives?: _____

Cómo te llevas con(personas con las que vive o convive normalmente):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

¿Cual es tu caricatura/ personaje/ juguete/ deporte favorito? _____

¿Qué es lo que más te gusta hacer? _____

¿Qué no te gusta hacer? _____

¿Quién y cómo te regañan o castigan? _____

¿Qué te da miedo? _____

Succión digital

¿Metes tu dedo en tu boca? _____ ¿Por qué? _____

¿Que tan seguido lo haces? _____

¿Qué dedo(s) te metes a tu boca? _____

¿Cuándo lo haces? _____

¿Metes algún otro dedo u objeto a tu boca? _____

¿Te muerdes tus uñas? _____

¿Te ha llegado sangrado el dedo debido que lo chupas? _____

¿Te gusta chupar tu dedo? _____

¿Alguien en tu casa lo hace? _____ ¿Quién? _____

¿Quien cepilla tus dientes?: _____

¿Cada cuando?: _____