

01421
332

1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**SUCCIÓN DIGITAL: CAUSAS, EFECTOS Y
TRATAMIENTO**

TRABAJO TERMINAL DEL DIPLOMADO DE TITULACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

AURORA ELIZABETH VALDEZ ROJAS

TUTORA : C.D. MARTHA HERVERT JONGUITUD

MÉXICO D. F.

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo:

A mis padres, Rafael y Ana Lilia, porque gracias a ustedes estoy logrando una de las mayores metas en mi vida, por haberme dado las enseñanzas más grandes de mi vida, y por estar a mi lado incondicionalmente.

A mis hermanas Ana, Marianela e Hitami por, el apoyo que siempre me han dado, por ser las mejores compañeras que puedo tener para compartir mi vida.

A Octavio por, llegar a mi vida en el momento más oportuno, por darme su apoyo, comprensión y cariño.

A mi tía Dalia por el cariño y apoyo que siempre he recibido, y el que me ha brindado en cada uno de las cosas importantes que he realizado. Y a mis primos por su apoyo.

A mi Familia, a los seres que ya no están conmigo que siempre han sido y serán un estímulo en mí.

A mis amigas Karina y Tonancyn por, la amistad incondicional que tenemos, por los momentos inolvidables que compartimos y a mis compañeros por el apoyo que recibí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

	Págs
INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES GENERALES	9
1.1. DESARROLLO MENTAL DEL INFANTE	10
2. HÁBITOS ORALES	12
2.1. DEFINICIÓN DE HÁBITO	12
2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS	13
2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS	14
2.3.1. HÁBITOS GENERALES	14
2.3.2. HÁBITOS ORALES NOCIVOS	14
2.4. FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS HÁBITOS ORALES	15
2.4.1. FACTORES BIOPSICO-SOCIALES	15
2.4.2. NÚMERO DE HERMANOS	15
2.4.3. TIPO DE NOMBRE	16
2.4.4. AUSENCIA DEL PADRE	16
2.4.5. TIPO DE TRABAJO	17
2.4.6. LUGAR DE RESIDENCIA Y CLASE SOCIAL	17
2.4.7. EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA PREVIA	17
2.4.8. ANTECEDENTES BIOLÓGICOS	17
2.5. INCIDENCIA DE LOS HÁBITOS	18
2.6. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL GÉNERO	18
2.7. FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD	19
3. HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL	20
3.1. REFLEJO DE SUCCIÓN	20
3.2. SUCCIÓN NUTRITIVA	22
3.2.1. ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO	22
3.2.2. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA	25
3.2.3. DURACIÓN DE ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA	27
3.2.4. ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN	27

3.2.5.	FACTORES IMPLICADOS EN LA ELECCIÓN DE LA FORMA DE ALIMENTACIÓN	28
3.2.6.	ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO CONTRA ALIMENTACIÓN DE BIBERÓN	29
3.3.	SUCCIÓN NO NUTRITIVA	29
3.3.1.	SUCCIÓN POR MEDIO DE CHUPÓN	30
3.4.	CONCEPTO DE SUCCIÓN DIGITAL	32
3.4.1.	SUCCIÓN DEL PULGAR	32
3.4.2.	SUCCIÓN DEL ÍNDICE	32
3.4.3.	SUCCIÓN DEL ÍNDICE Y MEDIO	32
3.4.4.	SUCCIÓN DEL MEDIO Y ANULAR	33
3.5.	FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA SUCCIÓN DIGITAL	33
3.5.1.	ORIGEN DEL HÁBITO	34
3.5.1.1	TEORÍA DE FREUD	35
3.5.1.2	TEORÍA DEL APRENDIZAJE	35
3.5.1.3	MANTENIMIENTO DEL HÁBITO	36
3.5.2.	FACTORES ASOCIADOS A PREDISPOSICIÓN DE SUCCIÓN DIGITAL	38
3.5.2.1	FAMILIARES	38
3.5.2.2	SOCIOECONÓMICO	39
3.6.	EPIDEMIOLOGÍA DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL	39
3.7.	FRECUENCIA EN RELACIÓN AL GÉNERO	40
3.8.	INFLUENCIA DE EDAD	40
4.	FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA A LOS CAMBIOS DENTALES OCASIONADOS POR LA SUCCIÓN DIGITAL	41
4.1.	POSICIÓN DEL DEDO EN LA BOCA	41
5.	EFFECTOS COLATERALES EN LA PRÁCTICA DE LA SUCCIÓN DIGITAL	43
5.1.	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR	44

5.2.	PROTUSIÓN MAXILAR	44
5.3.	DAÑOS OCLUSALES	45
5.3.1.	OVERJET	45
5.3.2.	OVERBITE	45
5.4.	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	45
5.5.	PLANO TERMINAL	46
5.6.	EFECTOS PERIODONTALES	47
6.	TRATAMIENTO PARA LA SUCCIÓN DIGITAL	49
6.1.	FACTORES CONSIDERADOS EN EL TRATAMIENTO	50
6.1.1.	COOPERACIÓN DEL PACIENTE HACIA LA ELIMINACIÓN DEL HÁBITO	50
6.1.2.	DURACIÓN DEL HÁBITO	50
6.1.3.	CONSCIENTE CONTRA INCONSCIENTE	50
6.1.4.	COOPERACIÓN DE LOS PADRES Y HERMANOS	50
6.1.5.	TERAPIA ANTERIOR	51
6.2.	PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	51
6.2.1.	POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS	51
6.2.2.	CONOCIMIENTO DEL HÁBITO	52
6.3.	MÉTODOS PSICOLÓGICOS	52
6.3.1.	MOTIVACIÓN VERBAL Y REFUERZO POSITIVO	52
6.3.1.1.	PROCEDIMIENTO DE REFORZAMIENTO DIFERENCIAL "TIME OUT"	53
6.3.2.	RECONDUCCIÓN DEL HÁBITO	53
6.3.3.	REFORMULACIÓN DEL HÁBITO	53
6.3.4.	ELIMINACIÓN DEL HÁBITO EVITANDO UNA RESPUESTA CONCURRENTES	53
6.4.	MÉTODOS EXTRABUCALES	54
6.4.1.	SUSTANCIAS AVERSIVAS SOBRE LOS DEDOS	54
6.4.2.	RESTRICCIONES MECÁNICAS	54
6.4.2.1	VENDAJE COMPRESIVO	54

6.4.2.2	COCER LAS MANGAS DE LA PIJAMA Y GUANTES	55
6.5.	MÉTODOS INTRABUCALES	56
6.5.1.	REJILLA LINGUAL	56
6.5.2.	RODILLO PALATINO O "BLEUGRASS APPLIANCE"	56
6.5.3.	PANTALLA VESTIBULAR	56
6.5.4.	CRIBA PALATAL	56
6.6.	MÉTODO ALTERNATIVO	57
6.6.1.	DIGITOPUNTURA	57
	CONCLUSIONES	59
	FUENTES DE INFORMACIÓN	61

INTRODUCCIÓN

A los hábitos bucales se les considera como factor etiológico de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o alteraciones de crecimiento y desarrollo del complejo cráneo dentofacial, a pesar de las discusiones de hasta qué edad pueden ser consideradas como normales.

El origen multifactorial de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y terapias, con el objetivo de disminuir su incidencia.

Las causas de las anomalías de crecimiento y desarrollo son múltiples y complejas, los hábitos orales que provocan estímulos paratípicos negativos son de las más frecuentes.

Mucho se ha investigado sobre la prevalencia de estos hábitos así como la forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas.

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden.

Existen hábitos que provocan estímulos paratípicos positivos como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración oral, onicofagia, protusión lingual, masticación de objetos, succión del labio, del pulgar u otro dedo y de chupón después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales. Estos hábitos anómalos traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de éstos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

Por otra parte, tanto la succión primitiva no nutritiva como la tardía o recidiva constituyen los hábitos de succión, pudiendo ser orgánica: digital (sobre todo

la del pulgar), lingual, labial, o de objetos. Los hábitos de succión que se producen durante el primero e incluso el segundo año, suelen considerarse normales o aceptables.

Los autores manejan que la succión digital es el resultado de diversos factores: culturales o de civilización, factores psicológicos, factores fisiológicos, entre otros.

Un hábito oral puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. De acuerdo a esto podemos obtener los siguientes efectos: mordida abierta anterior, movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores, constricción maxilar, deglución atípica, respiración oral y otros.

Para la elaboración de este trabajo me permito agradecer a:

La Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme pertenecer a esta gran institución, ser mi casa de estudio y darme una de las mejores satisfacciones en mi vida.

La Facultad de Odontología por haberme dado la dicha de pertenecer a sus alumnos, lo cual disfrute enormemente durante mi estancia en este lugar.

La C.D Martha Hervert Jonguitud, por el tiempo, esfuerzo y colaboración que me brindo para la realización de este trabajo, por su apoyo gracias.

Los profesores que dejan en mí enseñanzas invaluable para el resto de mi carrera profesional.

1. ANTECEDENTES GENERALES

Durante muchos años, los hábitos han sido tema de intensa discusión y estudios por parte del área odontológica sin llegar a un acuerdo firme sobre el grado de daño causado por los hábitos más comunes; cómo deben ser manejados, quién debe ocuparse de ello y cuándo ha de iniciarse el tratamiento.(1)

En cuanto a la elevada incidencia de los malos hábitos orales es necesario obligar a reestructurar la jerarquía de los problemas de salud oral de la actualidad del mundo. (2)

Además de considerar que los hábitos orales son factores importantes en el comienzo de la evolución de las enfermedades orales. (3)

Cabe mencionar que para algunos odontólogos, los hábitos orales representan únicamente un factor etiológico de maloclusiones, y adquieren mayor importancia cuando van a instaurar un adecuado tratamiento correctivo.

Con la incorporación de la Psicología como ciencia de la conducta y teniendo en cuenta los fenómenos psicosomáticos, los hábitos han adquirido una importancia mayor en psicólogos, médicos, pediatras, odontopediatras, padres y pedagogos con el fin de determinar el origen, la interpretación y el procedimiento a seguir ante un hábito persistente en el niño.

Por estas circunstancias es fundamental, dado que los hábitos en su concepción psicológica pertenecen a la subesfera efectiva emocional, hacer un análisis del problema, lo cual nos ayudará a reconocer en forma científica los posibles problemas que pueden determinar un hábito oral, y la significación que éste tiene dentro del proceso de desarrollo. (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1 DESARROLLO MENTAL DEL INFANTE

El conocimiento de la psicología del desarrollo puede ayudar a comprender las reacciones de los niños en el tratamiento y también a hallar las mejores formas para tratarlo a él y a sus padres. Las reacciones del niño son, en parte, respuestas a la manera en que son abordados por el profesional y a su experiencia de tratamiento. Estas reacciones son con frecuencia bastante normales en términos de edad. La psicología del desarrollo no se centra sólo en el desarrollo infantil, sino en todo el proceso de desarrollo humano en el transcurso de la vida.

En cuanto al tratamiento odontológico, las áreas de desarrollo más importantes son: motora, adaptativa, personalidad, conducta verbal y social. A una edad determinada, un niño puede hallarse en diferente estadio en cada una de estas áreas:

- La conducta motora incluye el desarrollo motor grueso, la marcha, el desarrollo motor fino, y los movimientos y coordinación de los dedos. El conocimiento del desarrollo motor es importante ya que se refiere a la capacidad del niño para permanecer sentado durante el tratamiento y para cepillar sus dientes.
- La conducta adaptativa significa adaptación a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje. En el tratamiento odontológico es importante la adaptación a la situación por parte del infante.
- El comportamiento verbal incluye todos los mensajes verbales, desde el balbuceo hasta la construcción de las frases, el vocabulario y la comprensión de distintas palabras. El conocimiento de la capacidad de comunicación de los niños es importante en todo tratamiento.
- La personalidad y la conducta social son la interacción del niño con su ambiente global, en especial con sus padres, adultos, niños y profesional. La forma en que se produce este desarrollo depende de una cantidad de

factores que incluyen la acción recíproca entre herencia y ambiente. Los factores ambientales que desempeñarán el papel principal en el desarrollo emocional temprano del niño, son aquellos que lo rodean en forma inmediata durante sus primeros años de vida. (5)

2. HÁBITOS ORALES

2.1 DEFINICIÓN DE HÁBITO

Existen distintos conceptos:

- Es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. El acto con cada repetición, se hace menos consciente y si se hace, a menudo puede ser relegado a la mente subconsciente. (6)
- Es la manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como resultado de una frecuente repetición de un conjunto de impulsos nerviosos.(4)
- Se definen como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estado de ansiedad.(4)
- Componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de su ejecución.(7)
- Un hábito adquirido desde el punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes. (3)

Todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo podemos establecer que un hábito es:

- Un patrón de conducta fijado por repetición.
- Una manera de actuar que se fija por el entrenamiento.
- Una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS

- **Entrenamiento.** Formación de conexiones temporales que tienen una fijeza considerable. La primera operación arrastra a las demás.
- **Rapidez.** No se piensa la acción, no se tiene conciencia en el momento en que se realiza. El automatismo no es total, se toma conciencia posteriormente.
- Eliminación de algunas operaciones.
- No hay tensión al actuar. Movimientos extraordinariamente ligeros y libres.
- Coordinación de movimientos entre sí y con la vista.
- Ausencia de cansancio, gracias a la libertad, ligereza y coordinación de los movimientos.
- Las operaciones parciales pasan a formar un todo único.
- La percepción se hace exacta y diferenciada.
- Constancia y efectividad.
- Flexibilidad. Cambios dentro de los límites determinados de la manera de actuar al variar las condiciones en que se ejecuta la acción.
- Gratificación. Reforzamiento positivo.
- Transferencias e interferencia. (4)

2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS

Los hábitos se agrupan de acuerdo a los diferentes tipos de manifestación que se presentan en el individuo por medio de los actos rutinarios y que bien pueden ser considerados como normas de costumbres o propiamente como hábitos.

2.3.1 HÁBITOS GENERALES: a su vez se subdividen en Fisiológicos y Sociales.

- **FISIOLÓGICOS:** son acciones ejecutadas mecánicamente y consisten en la regularidad con que el individuo satisface su organismo ante la presencia de estímulos como: el hambre, la sed, la micción y otros.

- **SOCIALES:** son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura. (4)

2.3.2 HÁBITOS ORALES NOCIVOS

NEUROSIS. Dentro de estos hábitos se incluyen los siguientes: morderse el labio o los carrillos, masticar objetos, protusión lingual, deglución anómala, onicofagia, morder lápices, aplicar presión en dientes mediante un dedo u objeto, neurosis oclusal, succión digital, y succión del labio.

HÁBITOS PROFESIONALES. Dentro de estos se incluye: sostener objetos en la boca, en músicos manteniendo instrumentos de boquilla ejerciendo presión en los dientes.

HÁBITOS OCASIONALES. Cigarro o pipa, masticación del tabaco, técnica de cepillado impropia, respiración por la boca, succión del labio y succión digital. (8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 FACTORES ETIOLÓGICOS GENERALES DE LOS HÁBITOS ORALES

Algunos de los factores etiológicos que han sido señalados como responsables de los hábitos orales incluyen a conflictos familiares, celos, presión escolar, ansiedad en las grandes ciudades, falta de satisfacción oral en la forma de alimentación, imitación de programas de los medios de comunicación impropios para menores, molestias de erupción dentaria, interferencias oclusales, obstrucción respiratoria, y otros. (9)

Así entonces se atribuyen un número considerable de factores que se involucran con la etiología de los hábitos orales que a continuación se describen:

2.4.1 FACTORES BIOPSICO-SOCIALES

Se refiere a la predisposición significativa en los pacientes hijos únicos, niños llamados con algún nombre extranjero y niños con el mismo nombre que su padre o madre, niños con padre ausente, hijos de padres que rehúsan a describir las características de conducta del paciente, e hijos de padres incongruentes en sus descripciones sobre salud (mental y física) y su realidad. Así mismo se detectó una correlación significativa con los niños en mal estado de salud presente, especialmente alergias, así como niños con antecedentes de problemas de salud pasada, especialmente las de tipo crónico. (9)

2.4.2. NÚMERO DE HERMANOS

El número de hermanos que integran la familia se manifiesta como un factor determinante en la presencia de los malos hábitos, siendo este problema mayor en los hijos únicos y menor en las familias de 4 a 5 niños.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen investigaciones que han demostrado la problemática psicológica con mundos intrapsíquicos pocos socializados o socializados de forma distorsionada, que se dan lugar en el hijo único con toda la sobreprotección, soledad, aislamiento, comunicación verbal y pre-verbal solo direccionada al mundo adulto y sobre todo el cúmulo de fantasías depositadas en hijos únicos, que los inundan y demandan como si tuvieran más edad de la que tienen.

Tales investigaciones sobre socialización, juego, comunicación y logro han demostrado que la familia integrada por cuatro hijos es el número idóneo desde la perspectiva de la psicología que no coincide con planteamientos político-demográficos. Por lo que los niños de tres a cuatro hermanos son menos susceptibles a presentar un hábito oral pernicioso. (9)

2.4.3 TIPO DE NOMBRE

Al considerar la influencia del tipo de nombre y apellido del niño y de su padre o madre sobre la existencia de algún mal hábito oral, se detectó una mayor prevalencia en los niños con nombre extranjero, siguiéndose los niños con nombre original.

Cuando el niño tiene el mismo nombre que su padre o madre se presenta una mayor predisposición a los hábitos orales. (9)

2.4.4. AUSENCIA DEL PADRE

En la integración familiar se constituyó como un factor significativo en la existencia de los hábitos orales. (9)

2.4.5. TIPO DE TRABAJO

El tipo de trabajo o profesión del padre y de la madre no se correlacionaron significativamente a este problema, sin embargo se detectó una mayor susceptibilidad en los hijos de abogados y en los hijos de secretarías. (9)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4.6. LUGAR DE RESIDENCIA Y CLASE SOCIAL

En cuanto a lugar de residencia, no se encontró diferencia significativa, así mismo en relación a la clase social a que pertenecen. (9)

2.4.7. EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA PREVIA

Los antecedentes de experiencia odontológica previa, no mostraron diferencia significativa, a excepción del grupo de niños que si tenían antecedentes de asistencia con el dentista cuya última visita fue de mas de seis meses de anterioridad, tampoco se detectaron diferencias entre la calidad de la experiencia dental previa.(9)

2.4.8. ANTECEDENTES BIOLÓGICOS

La presencia de alergias tuvo una alta influencia, en especial las alergias de tipo ambiental.

Hubo una alta incidencia con las enfermedades crónicas, teniendo el primer lugar las del tipo otorrinolaringológico. (9)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.5. INCIDENCIA DE HÁBITOS ORALES

Los hábitos de succión no nutritiva se presentan con mayor frecuencia en los pacientes del grupo de la niñez temprana, mientras que los hábitos de morder se manifiestan predominantemente en preadolescentes y adolescentes.(2)

La persistencia de hábitos de succión (digital, biberón, lengua, labio, mejilla, objetos, deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, morder tejidos corporales, objetos) han sido asociados a fijación en la evolución de la etapa oral psicosexual según el esquema de Freud, que repercutiría a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la cavidad bucal, los cuales dependiendo de la duración, intensidad y frecuencia, alterarán o dejarán indemnes las estructuras estomatológicas. (2)

En estudios realizados el hábito oral más frecuente es la succión digital 40%, seguido del uso de chupete y del uso de biberón con un 25%, empuje lingual 5% y onicofagia 5%. (10)

2.6. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL GÉNERO

Existe controversia también para poder establecer un porcentaje verdadero en relación a la frecuencia en cuanto al sexo, ya que a lo largo de esta revisión se muestran resultados distintos por lo que es necesario considerar que estos resultados dependen de diversos factores como son la cantidad de examinados, la edad de estos y otros factores. Así entonces podemos decir que la mayoría de los autores concluye en que el género masculino tiene un parámetro mayor a presentar hábitos orales en relación a el género femenino. (8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.7.FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD

En relación a la edad también es importante mencionar que esto también depende del hábito oral ya que existe también controversia para dar una cifra verdadera, pero podemos decir que generalmente los niños más afectados son los de 8 años de edad, seguido de los de 6 años y posteriormente los de 7 años de edad. (10)

3. HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

La repuesta de succión se origina, aproximadamente en la semana décimo primera del desarrollo embrionario. Otros afirman que se inicia en la vigésimo novena, considerándolo uno de los patrones de comportamiento complejo más temprano en el recién nacido.

El reflejo de succión constituye una respuesta innata, estereotipada, ante un estímulo en la región oral, de forma que cuando algo contacta con las mejillas o labios, los bebés dirigen sus movimientos al estímulo, e intentan introducirlo en la boca. Esta temprana organización nerviosa, permite al niño alimentarse de su madre. Cuando el lactante madura desaparece este reflejo apareciendo en su lugar funciones motoras voluntarias. La succión prenatal o intrauterina y la succión nutricional son fisiológicas. La primera aparece como un mecanismo de entrenamiento para la succión nutricional del neonato. La segunda aseguraría una de las funciones vitales del individuo: la nutrición, mediante la succión-deglución de la lactancia. Por otra parte, tanto la succión primitiva no nutritiva como la tardía o recidiva constituyen los hábitos de succión, pudiendo ser orgánica incluyendo en esta a la succión del dedo pulgar, lingual, labial o succión de objetos. (11)

3.1 REFLEJO DE SUCCIÓN

Los niños nacen con un reflejo de succión y un patrón de trago infantil caracterizado por el empuje anterior de la lengua entre los rebordes gingivales abiertos. (1)

El reflejo de succión es, un reflejo de adaptación corriente en los mamíferos.(3)

Durante la succión, el lactante coloca la lengua bajo el pezón, en contacto con el labio inferior, y deglute con los maxilares separados y los labios juntos,

lo que se denomina deglución infantil. En contraste, la del adulto se caracteriza porque los dientes están juntos, la punta de la lengua contra el paladar y los labios relajados. El cambio de un tipo de deglución al otro es gradual. Al modificarse la dieta del lactante, de alimentos líquidos a sólidos, aumenta la actividad de los músculos de la masticación y coloca en oclusión los molares primarios. Esta deglución transicional es habitual en niños de 3-10 años y puede acompañarse o no de contracción de los labios y contacto de la punta de la lengua con el labio inferior. La deglución adulta puede estar presente desde los 3-4 años, y es usual que lo este hacia los 9-10 años. (12) Conforme crece, la necesidad física y psíquica de succionar disminuye, ya que puede ingerir cada vez más alimentos sólidos, morder y masticar. Al ser apartado en forma gradual del pecho materno, el niño aprende a dejar la fase inicial y prosigue su proceso de maduración sin sentirse abandonado. (5)

La necesidad fisiológica de succionar cesa a los 9 a 12 meses. La necesidad psíquica permanece por un tiempo por ejemplo cuando el niño se siente infeliz, agotado o esta por dormirse, situaciones en que regresa a un nivel de desarrollo previo. (5)

Los factores psicológicos de los hábitos de succión han sido considerados desde que existía gran influencia de los pensamientos psicoanalíticos freudianos. Otros opinaban que sino todos, la mayoría de esos si tenían significantes implicaciones psicológicas, o algún factor emocional estaba involucrado.

El tipo de alimentación que recibe el lactante también ha sido propuesto como una causa para desarrollar hábito de succión oral. (13)

3.2 SUCCIÓN NUTRITIVA

Dentro de la succión nutritiva se incluye la alimentación por seno materno y la alimentación por biberón. Cada uno de estas formas de alimentación influye en las estructuras dentofaciales del infante. (14)

3.2.1 ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO

La succión es importante para la supervivencia del bebé y su desarrollo psicológico (12)

Consta de proveer el alimento ideal para el niño durante los primeros 4 y 6 meses de vida, ya que seguirá siendo, durante mucho tiempo, una importante fuente de proteínas y de otros nutrientes, aún después de iniciarse la introducción de otros alimentos complementarios. (15)

Durante el amamantamiento se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido, lo cual influye en el desarrollo de la articulación temporomandibular.(15)

Diversos autores plantean que a las 16 semanas el feto esboza espontáneamente el movimiento de mamar, incluso a las 27 semanas algunos se chupan el dedo en el útero, por tanto, la boca del recién nacido está adaptada para la función primordial del amamantamiento; los labios presentan una prominencia y las crestas alveolares, unas eminencias muy vascularizadas y eréctiles llamadas pliegue de *Robin Magitot*. Al examinarlos se encuentran , una fase sagital de las apófisis alveolares en el sentido de una posición distal del maxilar inferior. También poseen 3 reflejos que hacen posible el amamantamiento que son: el de búsqueda, el de succión y el de deglución.

El amamantamiento se realiza en 2 fases, en la primera hay prehensión del pezón y la aréola, cierre hermético de los labios, el maxilar inferior desciende

algo y en la región anterior se forma un vacío, permaneciendo cerrada la parte posterior por el paladar blando y parte posterior de la lengua . En la segunda fase avanza el maxilar inferior de una posición de reposo hasta colocar su borde alveolar frente al superior. Para hacer salir la leche, presiona el maxilar inferior al pezón y lo exprime por un frotamiento anteroposterior. La lengua adopta forma de cuchara, deslizándose por ella, la leche hasta el paladar blando .

El amamantamiento es un estímulo que favorece al maxilar inferior para avanzar de su posición distal con respecto al superior a una posición mesial, es el llamado primer avance fisiológico de la oclusión . De esta manera se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Con la ejercitación de los masticadores y faciales en el acto de lactar, disminuye el 50 % de cada uno de los indicadores de maloclusión dentarias (resalte, apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, distoclusión, rotaciones dentarias.) que afectan la estética y la función dentofacial del niño. Sin embargo, con el biberón el niño no cierra los labios con tanta fuerza y éstos adoptan forma de "O", no se produce el vacío bucal, se dificulta la acción de la lengua, la cual se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche y se mantiene plana hay menor excitación a nivel de la musculatura bucal que tenderá a convertirse en hipotónica y no favorecerá el crecimiento armonioso de los huesos y cartílagos, quedando el maxilar inferior en su posición distal. Un niño que aprende a chupar un biberón puede desarrollar confusión de pezones, al pretender agarrar la aréola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho. Esto trae con frecuencia problemas de amamantamiento y fracasos en la lactancia.

La lactancia materna presenta además ventajas nutritivas e inmunológicas, pues la leche materna contiene proteínas (lactoalbúmina, lactoglobulina y cascina), todos los aminoácidos esenciales, grasas, cuyo coeficiente de absorción es superior al de la leche de vaca, hidrato de carbono, vitaminas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(A,C,D, tiamina, uboflanina, niacena, biotina, ácido pentoténico y piridoxina en cantidades apropiadas para satisfacer los requerimientos del niño), minerales, lactoferrina, lactoperoxidosa, lisozima, complemento C3, C4, componentes celulares, componentes del sistema inmune como inmunoglobulina A, confiándole a este alimento capacidad antibacteriana. La leche materna posee también propiedades antivirales, al presentar múltiples factores tales como anticuerpos antiseoretos, interferón, entre otros; cuenta además, con enzimas útiles para la digestión, hormonas que favorecen el crecimiento y sustancias tróficas para el desarrollo anatómico y funcional del intestino. (15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.2 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

- Provoca excitación a nivel de la musculatura bucal y favorece el crecimiento armonioso de huesos y cartilagos del aparato masticatorio.
- Mejora la oclusión dental en etapas posteriores del desarrollo infantil.
- Contribuye a la prevención de caries dentales.
- Previene las anomalías dentofaciales (por ejemplo, evita apíñamientos dentales y mordidas abiertas).
- Preserva, mantiene crecimiento y desarrollo óptimo.
- Administra calcio.
- Nutricional.
- Le confiere al lactante protección inmunológica.
- Favorece el vínculo afectivo madre-hijo.
- Contribuye a la disminución de la frecuencia y gravedad de estados alérgicos en lactantes, tanto respiratorios como alimentarios.
- Reduce la morbilidad y la mortalidad infantil.
- Prolonga la infertilidad después del parto.
- Disminuye el riesgo de hemorragia durante el puerperio.
- Previene la obesidad durante la lactancia y el desarrollo posterior.
- Disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario.
- Disminuye la frecuencia de diabetes juvenil y linfoma.
- Ayuda a prevenir la diarrea.
- Estabilidad psicológica.
- Evita hipercolesterolemia (arteriosclerosis temprana).
- Evita la hipertensión arterial.
- Se asocia con incrementos pequeños pero detectables en la capacidad cognitiva y el logro educacional de niños y jóvenes.
- La leche materna no necesita preparación previa y no hay que hervirla. (tiene la temperatura adecuada, está siempre a disposición del bebé, no contiene microbios.

Freud plantea que el primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño 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 puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos, son causa de maloclusión en etapas posteriores.

La alimentación del seno materno, desde el punto de vista estomatológico, contribuye notablemente en el crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, evita la adquisición de hábitos bucales deformantes, mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil, previene anomalías dentomaxilofaciales y contribuye a la prevención de caries dentales. (15)

3.2.3 DURACIÓN DE ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

Algunos estudios sugieren que la duración del tiempo en la alimentación infantil influye en el desarrollo de un hábito de succión digital. Por que el tiempo que se lleva en la succión nutritiva es un factor significativo en la incidencia de succión digital. En un estudio se observó que infantes que tenían de treinta a sesenta minutos en el periodo de alimentación fueron más propensos a desarrollar un hábito de succión digital que quienes su periodo de alimentación era de diez a veinticinco minutos. (16)

3.2.4 ALIMENTACION POR BIBERÓN

Los efectos de la alimentación por biberón sobre el desarrollo dentofacial varía de acuerdo al tipo de chupones del biberón usado. Lo chupones artificiales son disponibles en varios modelos y formas. Una comparación entre la existencia de chupones del biberón revela importantes diferencias en la longitud y forma del chupón, la localización de las perforaciones, la cantidad del líquido, y la flexibilidad. También, algunos chupones son fisiológicamente diseñados y referidos como "ortodónticos".

Cuando un chupón no es fisiológicamente diseñado y es usado, el final del chupón llega casi contra la pared faríngea. El líquido es entonces liberado casi directamente dentro del tracto digestivo, disminuyendo el periodo de predigestión. También el flujo de la leche puede ser rápido por el gran tamaño de la abertura del agujero en el chupón del biberón. Además, los agujeros podrían ser agrandados por los padres, para incrementar el flujo de leche. Por lo que el infante no hará ninguna fuerza y, tendrá que regular o parar el flujo con la punta de su lengua. Así ciertos músculos incluidos en el amamantamiento estarán inmovilizados (orbicular, masetero) y exagerando la función del músculo mentoniano o malposicionando (la lengua es

empujada hacia atrás) y podría producir un desarrollo dentofacial anormal en el niño.

Con el chupón fisiológicamente diseñado hay un movimiento hacia delante de la lengua debajo de la superficie plana del chupón que trae esto hacia atrás y hacia arriba contra el paladar duro del infante. Consecuentemente el niño tiene para trabajar y ejercitar la parte inferior de la mandíbula. La parte posterior de la lengua entonces guarda la leche y empuja esto abajo dentro del área esofágica. Así el flujo de la leche es proporcionada para la acción del peristaltismo de la lengua y los carrillos, en vez de caer dentro de la garganta, que ocurre cuando se usa un chupón inadecuado. La forma plana del chupón diseñado fisiológicamente también mejoran el sellado labial. (14)

3.2.5 FACTORES IMPLICADOS EN LA ELECCIÓN DE LA FORMA DE ALIMENTACIÓN

Diversos factores fueron encontrados como los niños de bajo peso y los de peso superior al normal, nacidos por cesárea, e infantes masculinos son significativamente predisponentes de alimentación artificial. (14)

3.2.6 ALIMENTACIÓN POR SENO MATERNO CONTRA ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN

En un estudio se investigaron los efectos del amamantamiento contra la alimentación por medio de biberón, en la succión no nutritiva, no se encuentro ninguna correlación entre la succión digital y modo de alimentar. Por lo que el modo de alimentación temprano no era un factor significativo en el desarrollo de succión no nutritiva. (16)

Si la alimentación nutritiva no es satisfactoria, el niño tenderá a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca y estos hábitos son causa de maloclusiones. (15)

3.3 SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Como una respuesta a la succión básica necesaria, la mayor parte de los niños practican algún tipo de succión no nutritiva, la principal forma hoy en día es la succión digital y de chupón. Durante el primer año de vida, la mayoría de los infantes emplean succión no nutritiva para cumplir el surgimiento de la succión innata. (17)

La succión no nutritiva se considera parte normal del desarrollo fetal o neonatal. El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13-16 de gestación, además de otros de tipo respiratorio. Se considera que son precursores importantes de la respiración y deglución necesarias para la vida posnatal. La succión no nutritiva guarda relación estrecha con dos reflejos presentes en el nacimiento. El reflejo de búsqueda es el movimiento de la cabeza y lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, que usualmente es el pecho materno pero también puede ser un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dedo o chupete (momento en el que puede volverse del tipo patológico) Este reflejo desaparece en lactantes normales hacia los siete meses. (12)

El reflejo de succión hace que salga leche de los pezones y se preserva hasta el año. Su desaparición no significa que el lactante deje de succionar; en esta etapa de su desarrollo ya ha aprendido a alimentarse y no necesita del reflejo para hacerlo. (12)

Cuando el niño al alimentarse queda insatisfecho, físicamente por hambre o psíquicamente por efecto, encuentra que el acto de la succión le compensa esas carencias, el chupeteo de los dedos o de un chupón , se convierte en un recurso inicial para descargar sus pequeños problemas, sus iniciales frustraciones e inconformidades. (4)

Por lo que podemos decir que el hábito de succión refleja una falta de atención materna durante los periodos iniciales de la alimentación. (4)

Es decir, la succión no nutritiva en lactantes es casi universal y se considera normal. (12)

3.3.1 SUCCIÓN POR MEDIO DE CHUPÓN

Los niños quienes no tienen acceso a el amamantamiento o quienes son alimentados a través del biberón pueden satisfacer sus instintos de succión con el uso del chupón. Existen diversos tipos de chupones disponibles en el mercado los hay en diferentes tamaños y formas para elegir, dependiendo de la edad del bebé. El diseño fisiológico del chupón también es llamado "chupón ortodóntico", ofrece diversas ventajas: es conforme a los labios del bebé, también porque de este es un chupón plano, que simula el seno de la madre, dejando la lengua para tocar el paladar en una posición de succión más natural y mejorando el sellado labial. (14)

Hay también relación entre el uso del chupón y la prevalencia de la succión dígital. Durante la última década, conforme a estudios, la prevalencia de la

succión del chupón ha aumentado enormemente, mientras que al mismo tiempo el número de niños con hábitos de succión digital ha disminuido. (14) Otro de los factores que contribuyen a la producción de un hábito de succión no nutritiva es la inadecuada satisfacción de el manejo de la succión a través de el tiempo de alimentación insuficiente, fortaleciendo la necesidad para la succión no nutritiva, mientras otros reclamaban la cantidad excesiva a través de largos periodos de alimentación por lo que se aumentaba la succión. (17) Es aceptado que los hábitos orales, tales como succión digital y de chupón, después de cuatro años, son factores que contribuyen a una maloclusión, que están clínicamente manifestados como una mordida abierta dentoalveolar. Por esta razón, los hábitos de succión prolongados son considerados deletéreos para el desarrollo de la oclusión. (18)

En diversos estudios se revela que los hábitos de succión no nutritiva están asociados con ciertas maloclusiones en la dentición primaria, incluyendo mordida abierta anterior, reducción de overbite, mordida cruzada, aumento del overjet clase II molar y canina. (19)

Las actuales recomendaciones sugieren que los hábitos de succión no nutritiva son de poca preocupación a menos que ellas persistan hasta etapa temprana de la dentición mixta. Aunque esas recomendaciones pueden ayudar a reducir la severidad de la maloclusión, ellos no pueden reducir la prevalencia de tales maloclusiones a un menor grado, pero se es recomendable el cese del hábito a una edad más temprana.(19)

3.4 CONCEPTO DE SUCCIÓN DIGITAL

Puede ser definido como la práctica adquirida por la repetición frecuente de llevar el dedo pulgar u otro a la cavidad oral, este puede darse de forma pasiva de poca intensidad esto es, sin mayor actividad de los músculos, los buccinadores primordialmente; generalmente no se introduce el dedo completo sino solo la punta del dedo. Este acto también puede ser llevado a cabo de forma intensa cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

3.4.1 SUCCIÓN DEL PULGAR

La succión del pulgar es uno de los hábitos más frecuente de succión, en donde los músculos activos de este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

3.4.2 SUCCIÓN DEL ÍNDICE

La succión del índice se encuentra en menor número de casos en relación con la succión del pulgar, este puede producir una mordida abierta unilateral y o la protusión de uno o más incisivos o caninos.

3.4.3 SUCCIÓN DEL ÍNDICE Y MEDIO

Este tipo de hábito puede producir una mordida abierta o la protusión de uno o más incisivos o caninos. (20)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4.4 SUCCIÓN DEL MEDIO Y ANULAR

La succión de los dedos medio y anular puede producir una mordida abierta unilateral, protusión de uno o más incisivos o caninos y retroinclinación de los incisivos anteriores inferiores. (20)

3.5 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA SUCCIÓN DIGITAL

Se desconoce la causa de la succión digital y no faltan estudios que demuestran que las explicaciones propuestas y aceptadas en un pasado ya no son válidas. No hay una correlación válida entre el tiempo del amamantamiento y la necesidad de succión. (1)

Los hábitos de succión precoces son el resultado de diversos factores:

FACTORES CULTURALES O DE CIVILIZACIÓN. Como la falta de lactancia al pecho y alimentación artificial. No se ha observado la persistencia del hábito de succión mientras tiene lugar el amamantamiento materno. Otros consideran la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico lo que provoca que el niño satisfaga sus necesidades nutritivas pero no las fisiológicas.

FACTORES PSICOLÓGICOS. Otros consideran la succión como manifestación de otras psicopatologías subyacentes, o bien como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento. Así, algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como onicofagia. Basándose por igual en la teoría de Freud de "fijación y regresión".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES FISIOLÓGICOS. Se afirma que puede ser un mecanismo desarrollado para compensar insuficiencias respiratorias, y no un mero hábito para producir confort. Los hábitos de succión tardíos o recidivas son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. Otros afirman que las distintas teorías no son completamente incompatibles unas con otras, más bien debe considerarse el hábito como un patrón de conducta multivariado. Es posible que comience por una razón y se mantenga luego por otros factores. (11)

Otros contemplan los siguientes factores para que se presente este hábito:

- Rivalidad entre los hermanos
- Escapar de la realidad hacia la fantasía: niño solitario y triste.
- Presencia de extraños: el nacimiento de un hermano
- Múltiples problemas entre padres e hijos: sentirse disciplinado constantemente. (4)

3.5.1 ORIGEN DEL HÁBITO

Para realizar una interpretación del hábito de succión es necesario analizar las dos teorías prominentes de conducta en dirección al problema de la succión no nutritiva y son, la teoría psicoanalítica de desarrollo psicosexual propuesto por Freud y la teoría de aprendizaje. A pesar de las diferencias, el psicoanalítico ha ido aprendiendo que las teorías son similares en cuanto a que los dos describen los factores responsables del origen y mantenimiento del hábito. (16)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.5.1.1 TEORÍA DE FREUD

El trabajo de Freud sobre la sexualidad infantil ha afectado muchas áreas incluyendo, los problemas de los hábitos bucales. Para la escuela Freudiana, el hábito de succión es una representación inicial de la vida psicosexual; su ejercicio conlleva a sensaciones o satisfacciones de orden sexual. (4)

Freud y sus teorías enfocan la succión inicial como intuitiva y por tanto normal para el infante y el niño joven y creen que tal actividad debería ser permitida, puesto que se presume que los infantes requieren cierto tiempo óptimo de succión. La succión prolongada después de la infancia y a niñez temprana la toman como iniciativa de problemas emocionales. La intervención física del hábito podría conducir a sustitución de dicho hábito por conductas más graves como la masturbación, expresiones temperamentales, manifestaciones de inseguridad y otros trastornos de la conducta.

Los freudianos sostienen que a esa edad se les debe instruir a los padres para que muestren mas afecto y amor hasta que estén listos.

Los freudianos predicen que los niños privados de la succión, mostrarán con mayor frecuencia e intensidad la succión en un tiempo posterior a la falta de gratificación.

3.5.1.2 TEORÍA DEL APRENDIZAJE.

En contraposición a la teoría freudiana, los teóricos del aprendizaje han demostrado que el hábito de succión es una conducta aprendida que puede ser prevenida o suprimida sin secuelas indeseables como lo establece la teoría anterior. Los métodos terapéuticos empleados por los teóricos del aprendizaje para tratar hábitos, han sido exitosos y no han conducido a una nueva patología. (4)

La teoría del aprendizaje predice que la supresión del hábito conduce a una succión disminuida posteriormente ya que, es una conducta aprendida que se conforma con las leyes del aprendizaje, la cual asegura que si impide el

hábito se producirá una reducción de esa conducta puesto que el infante no la aprenderá.(4)

Ambas teorías apoyan la idea que alguna manifestación normal promueve el origen de la succión no nutritiva. Freud diferenció la succión no nutritiva de la necesidad por la nutrición, sugiriendo que la succión no nutritiva es un estímulo erótico agradable de los labios y boca. Concluyendo, que la investigación "psicoanalítica nos justifica exigiendo la succión digital como una actividad" sexual. Uno de los conceptos de la succión digital viene de la teoría psicoanalítica en el que destaca en los humanos una actividad biológica. Este concepto se apoya en la observación intrauterina en donde ya existe este hecho .

La teoría de aprendizaje defiende que el origen de la succión no nutritiva es una respuesta de adaptación, por ejemplo, sentimientos agradables como hambre, saciedad. Estos eventos se revocarán transfiriendo la succión digital al objeto más conveniente disponible, como, el dedo pulgar o cualquiera de los dedos.

Quizás el origen de la succión digital en el futuro se explicará por una combinación del psicoanalítico y teorías de aprendizaje. Una explicación combinada sugiere que todo el desarrollo en los niños normales poseen un paseo inherente, biológico por chupar. Los reflejos arraigados son meramente una expresión de este paseo. (16)

3.5.1.3 MANTENIMIENTO DEL HÁBITO

Ambas teorías intentan explicar el mantenimiento de un hábito de succión no nutritiva más allá de su utilidad de adaptación. La teoría psicoanalítica sugiere que cuando los niños maduran tienden a perder los hábitos autoeróticos previamente asociado con las zonas de placer tempranas. Esto , sería esperado en la mayoría de los niños durante su proceso de desarrollo

temprano. Este concepto apoya los puntos de vistas de autores anteriores que afirman que, en donde persiste la succión no nutritiva más allá de la niñez temprana tienen cierto grado de perturbación psicológica subyacente. Esta perturbación se ve como una incapacidad para cubrir las tensiones a lo largo de su vida. El niño exhibe una reacción de ansiedad que se expresa a menudo como un tipo de regresión infantil.

Según la teoría psicoanalítica, representa un tipo de dirección de ansiedad por el niño, mientras que si se extinguiera abruptamente pudiera ser perjudicial al desarrollo emocional normal del niño. Además, que tal tratamiento podría producir sustitución de la succión digital por otra conducta que podría ser más grave.

La teoría de aprendizaje asume que ningún aspecto psicológico subyacente causa succión no nutritiva prolongada. Viendo todas las formas de succión no nutritiva como algo que tenía valor de adaptación en alguna fase de desarrollo más temprana. A pesar del resultado que apoya la teoría de aprendizaje, existe todavía evidencia que en una minoría de pacientes, un hábito de succión no nutritiva prolongado se mantiene por algún aspecto psicológico subyacente o por perturbación emocional. Parece ser que en la mayoría de los casos, el problema subyacente es el resultado de un aumento agudo en el niño de tensión o ansiedad. (11)

Según, una de las señales del niño es cuando, intenta manejar la ansiedad aumentada sosteniendo el dedo pulgar chupándolo. Así la succión digital es un signo de regresión infantil que no está clasificado, así que se ha sugerido, que la succión digital es un signo de ansiedad que en niños puede convertirse en un hábito de succión de dedo pulgar. Cualquier conexión entre la tensión y ansiedad prolonga el hábito de succión digital, la terapia directa se ha unido a los resultados desfavorables, como la sustitución del síntoma. Por consiguiente, es necesario en los médicos proteger al paciente propiamente con un hábito de succión no nutritiva para evitar las posibles perturbaciones psicológicas, antes de comenzar el tratamiento. Como con el

origen de la succión digital, una descripción de los factores que mantienen este hábito parecería incluir los componentes de ambas teorías psicoanalítica y aprendizaje. La explicación combinada sugiere que eso prolongó la succión digital en la mayoría de los niños en un hábito aprendido que encontró su apoyo a través de años de refuerzo positivo contingente. Es decir la repuesta es, una conducta aprendida que persiste más allá de su utilidad de adaptación. La terapia directa de succión no nutritiva en estos niños, por consiguiente, es infructuosa. En unos niños, sin embargo, la succión digital denota una actividad significante apoyada en algún grado de perturbación psicológica subyacente causada por un aumento agudo en el nivel de tensión o ansiedad. La terapia directa en estos resultados de los casos son consecuencias desfavorables para el niño. (16)

3.5.2 FACTORES ASOCIADOS A PREDISPOSICIÓN DE SUCCIÓN DIGITAL

3.5.2.1 FAMILIARES

En un estudio pacientes dentales pediátricos se encontró que el mayor de los hermanos tiene mayor oportunidad de tener un hábito oral. (21)

En otro estudio, no encontraron ninguna correlación entre un hábito de succión no nutritiva y el número de hermanos, el orden de nacimiento, o si la madre trabajó fuera de la casa durante el primer año de vida del niño. Había una correlación, sin embargo, entre el nivel de succión digital y el número de hermanos con el mismo hábito, ya que es concebible que algunos hermanos imiten al otro con este hábito, la razón principal para la correlación es que los padres influyen en el hábito aproximadamente en su descendencia de la misma manera para todos los hermanos. (16)

3.5.2.2 SOCIO-ECONÓMICO

En un estudio de niños, encontraron que los niños de un grupo" socioeconómico "alto demostraron hábitos orales (succión digital, onicofagia, protusión lingual y morderse el labio o carrillo) más frecuentemente que los niños de un medio o la clase socioeconómica baja. (16)

Otros encontraron que los niños de padres con una educación profesional, eran más propensos a desarrollar un hábito de succión digital, mientras que los niños cuyos padres tenían poca o ninguna educación podrían desarrollar un hábito del chupón. (22)

En otro estudio se relaciona que niños que vivieron en una comunidad con una población mayor que 2,500 y quién vino de una familia de la clase media tiene un predominio mayor de succión digital que los niños de más baja clase socioeconómica que vivió en una comunidad de menos de 2,500.

Se relaciona el efecto de tamaño de la comunidad en la succión digital probablemente a los niveles aumentados de educación encontrados en las ciudades más grandes. Hay evidencia convincente , que se relaciona la influencia del nivel educativo de padres en la respuesta a la succión no nutritiva probablemente por la influencia de educación en el niño . (16)

3.6 EPIDEMIOLOGÍA DEL HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL

La frecuencia del hábito de succión difiere en cada investigación. Esas diferencias pueden ser debido a muchos factores, incluyendo métodos y datos de las investigaciones, rango de edades y sujetos, raza y posición social, medio ambiente y otros. El acuerdo constante de todos esos reportes es que la succión digital es el hábito mas común practicado por los niños que van desde un año de edad hasta los 5 años. (23)

Se ha encontrado que en niños de un año de edad la succión digital es un hábito común presente en casi el 50%. Esta cantidad cae rápidamente al 15 o 20% en niños de 6 años, seguido del 5% en niños de 9 a 14 años. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El interés en este tema ha sido compartido por psiquiatras, psicólogos, pediatras, dentistas pediátricos, ortodoncistas, terapeutas del discurso, y los cirujanos plásticos. Incluso el público en general el cual ha contribuido al desarrollo de este tema. (16)

3.7 FRECUENCIA EN RELACIÓN AL GÉNERO

Con respecto a la influencia del sexo, con el hábito de succión digital, la literatura sugiere que los factores ambientales juegan un papel más importante que las influencias genéticas, la mayoría de los reportes de la literatura, tienden a mostrar una mayor predisposición de las niñas hacia los hábitos de succión digital. (2)

Existe también una incidencia en donde se presenta una menor prevalencia en presentar el hábito de succión digital en niños negros. (14)

3.8 INFLUENCIA DE EDAD

Al llevar a cabo la revisión de estudios se ha demostrado que la mayoría de niños con un hábito de succión no nutritiva empezó el hábito durante los primeros tres meses de vida. El resto empezó durante el primer año. Por consiguiente, no es probable que los niños comienzan un hábito de succión no nutritiva después del primer año. (16)

El promedio de edad en el cual debe cesar el hábito de succión digital es de 3.8 años, edad que coincide con el inicio de su formación escolar.(23)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RESPUESTA A LOS CAMBIOS DENTALES OCASIONADOS POR LA SUCCIÓN DIGITAL

Un hábito digital puede causar diferentes cambios dentales, dependiendo de su intensidad , duración y frecuencia. (12)

- **INTENSIDAD** es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión.

- **DURACIÓN** se define como la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo.

- **FRECUENCIA** es el número de veces que se práctica el hábito durante el día.⁶

4.1 POSICIÓN DEL DEDO EN LA BOCA

Es necesario recalcar que el desplazamiento de dientes o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

1. De la posición del dedo o dedos en la boca
2. De la acción de palanca que ejerza el niño contra los otros dientes y el alvéolo por la fuerza que genera, además de succionar, presiona los dientes.

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo. (3)

En cuanto a la duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por un hábito digital. Algunos testimonios clínicos y

experimentales sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario. (12)

Generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de dientes permanentes anteriores, no existe probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes. Pero si el hábito perdura en el tiempo de erupción mixta (6 a 12 años), pueden producirse consecuencias desagradables. (3)

Es necesario determinar el origen del hábito ya que es muy importante para su tratamiento. Por lo que hay que diferenciar si verdaderamente se trata de una actividad emocional o de un reflejo condicionado. (12)

Se manejan algunos ejemplos, como muchos niños succionan el dedo para ver televisión, para dormir, etc. El origen de estos casos pueden ser simplemente de acción refleja, pues con esto se induce a la sedación o a la abstracción del medio circundante. Es lo mismo que el adulto que necesita de la música, de leer para dormir. Son fases de inducción importantes a tener en cuenta y entender que a pesar de parecer en estos ejemplos un simple fenómeno psiconeural, esta ocasionado y movilizandando fibras emocionales o afectivas en menor grado que cuanto la raíz del hábito es puramente psicológica. (12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. EFECTOS COLATERALES DE LA PRÁCTICA DE LA SUCCIÓN DIGITAL

Los efectos posibles de los hábitos de succión en las estructuras orales son determinados por una cantidad considerable de factores como son la dirección y la naturaleza de la fuerza que pueden variar enormemente. Los efectos de los hábitos de succión sobre el desarrollo de la mandíbula, el maxilar y el arco dental dependen de la frecuencia y la intensidad con que el hábito es practicado, la duración del hábito, del desarrollo osteogénico y la genética del niño. (14) Además es necesario dar énfasis a que el efecto es variado e individual como el método (presencia de dedo o dedos, profundidad de este en la cavidad oral y presión ejercida por este) edad de ataque y casación, la duración del propio hábito. (16)

Mediante la revisión de estudios, se revela que durante los tres primeros años, se ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. (3)

Mientras que se ha demostrado que si el hábito persiste durante la erupción e los dientes permanentes pueden tener efectos perjudiciales en el desarrollo dentofacial.(14)

Uno de los efectos presentados en la succión digital en niños pequeños causa maloclusión en el segmento anterior, como son la mordida abierta que es la maloclusión más frecuente reportada en el hábito de succión digital y la protusión maxilar. Es notado que la región anterior podría ser más afectada por la succión digital en etapas tempranas (antes de los tres años de edad). (23)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1 MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

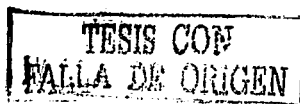
La mordida abierta anterior puede ser definida como una maloclusión sin contacto anterior de los arcos dentales (overbite negativo), mientras que los dientes posteriores están en oclusión máxima. (18) Esta es ocasionada igualmente por los factores de frecuencia, duración e intensidad del hábito, el número de dedos implicados, posición en la que se introducen en la boca y otros. Además de que el mal alineamiento de los dientes generalmente produce una abertura labial pronunciada por la protusión de dientes anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida y según la acción de palanca producida puede resaltar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de los dientes mandibulares anteriores, dando como resultado un incremento de resalte, mordida abierta anterior asimétrica y más pronunciada en el lado del dedo succionado. (3)

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades de lenguaje. El músculo del mentón se puede contraer marcadamente, lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir, lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de los dientes anteriores inferiores y también entrar en contacto con las caras linguales de los anteriores superiores, esta fuerza desigual puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original de succión. (3)

Debemos considerar que si el niño cesa el hábito durante la dentición primaria, hay una gran posibilidad de que la mordida abierta si sea corregida. (18)

5.2 PROTUSIÓN MAXILAR

Mediante el estudio de investigaciones encontramos que esta deformación oclusal es muy significativa en cuanto a la práctica de este hábito. Sin



embargo debe ser considerado también la edad del niño, la duración y frecuencia del hábito. (23)

Una vez entonces sabiendo de la forma en la que es practicado el hábito se puede presentar una tendencia a producir sobreerupción en los dientes anteriores, aumentando así la mordida abierta. Pudiendo presentar un estrechamiento en la sección palatina y por lo tanto resulta una prominencia de los incisivos superiores emplazados labialmente, lo que los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales o cualquier tipo de traumatismos debido a su posición. (3)

5.3 DAÑOS OCLUSALES

Los hábitos digitales prolongados fueron también asociados con cambios significativos para los parámetros del arco dental y características oclusales incluyendo aumento del overjet, aumento en la profundidad del arco maxilar, y aumento en la prevalencia de la mordida abierta anterior. (19)

5.3.1. OVERJET

Los niños con hábitos digitales continuándolos hasta 48 meses de edad o más tuvieron significativamente mayor prevalencia de overjet de 4 mm .(19)

5.3.2. OVERBITE

En un estudio nos refiere que la frecuencia de la profundidad del overbite de todas las edades del grupo de succión digital fue mas bajo que esos del grupo que no presentaba hábito. (23)

5.4 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Otro de los efectos deletéreos de la succión digital puede ser la mordida cruzada posterior que esta, es resultado de una disminución de la distancia



intercanina del arco maxilar y un aumento de la distancia intercanina del arco mandibular lo que lleva a este tipo de maloclusión. (19)

5.5 PLANO TERMINAL

En niños de cinco años de edad, el plano terminal mesial es menos frecuente y el plano terminal distal es el más frecuente en el hábito de succión digital que en el grupo que no tiene hábito. El cambio en el plano terminal podría ser el resultado de una maloclusión reforzada por prolongar la tolerancia en el hábito. El daño más significativo en la oclusión, es del primer molar permanente podría ocurrir poco después de esta etapa, donde las superficies distales del segundo molar primario guía la erupción en posición incorrecta. La influencia del plano terminal puede aparecer en acuerdo con las opiniones anteriores, apoyando que la succión digital tiene que ser eliminado antes de la aparición de los daños en el plano terminal. Después de que el plano terminal comienza a cambiar a los cuatro años de edad, la edad en la que tiene que ser eliminado es de tres años. Por lo que se tiene que eliminar el hábito a los tres años de edad. (23)

Claramente, la corrección natural de la maloclusión causada por la succión digital es relativa no solo el grado de maloclusión, pero también en función del labio y lengua como en otro músculo perioral. Teniendo en consideración lo antes mencionado es importante resaltar que la edad de eliminación del hábito es el factor más importante. La evidencia de este estudio en acuerdo es de tres a cuatro años de edad como un rango apropiado, este es el periodo en el que el hábito tiene que ser parada espontáneamente. (23)

En resumen de todos los efectos deletéreos que produce la práctica de un hábito de succión podemos decir que conduce a cambios significativos en los parámetros del arco dental y características oclusales como son los siguientes: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior, reducción

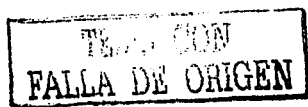
del overbite, aumento del overjet, protusión de los incisivos en el arco maxilar y colapso de este, profundidad del paladar aumentada.

En diversos estudios indican que la mordida cruzada posterior puede persistir después de que el hábito haya desaparecido y que el periodo de mordida abierta y protusión maxilar ocurre solo manteniendo el hábito. Además de que los hábitos persistentes están asociados con clase II molar y canina. (24)

5.6 EFECTOS PERIODONTALES

El reconocimiento y eliminación de un hábito oral son de suma importancia en el tratamiento de enfermedad periodontal. Si no se entiende y se reconoce, y si no se elimina apropiadamente, podría resultar entre la diferencia del éxito y fracaso en la terapia periodontal. Los hábitos orales, o parafuncionales que son realizados diariamente son completamente un hallazgo frecuente durante la valoración de estado periodontal. Algunos estudios informaron una posible correlación entre algún desorden temporomandibular y los hábitos orales, mientras otros contemplaron la correlación entre la progresión de enfermedad periodontal y los hábitos orales. Los hábitos orales nunca son la única causa de enfermedad periodontal, pero ellos pueden ser un factor en su progresión, ellos no pueden causar periodontitis, pero en las enfermedades periodontales no inflamatorias la situación es diferente. No es probable que la influencia de tal factor puede llevar a la alteración de dimensión del gingival, pero desempeña un papel cofactor de hábitos orales en el desarrollo de recesión gingival. (8)

Existen algunos factores relacionados en la práctica de algún hábito como puede ser el uso de instrumentos de viento que generan fuerza sobre los dientes, las cuales pueden afectar al peridonto y generar aflojamiento y migración patológica. Con instrumentos de lengüeta, como el clarinete o el saxofón, la boquilla se coloca entre los dientes produciendo presión excesiva contra los incisivos superior o inferior y su desplazamiento. Así mismo



lesionan el labio inferior al presionarlo contra los bordes incisales de los dientes inferiores. (3)

Los hábitos orales no pueden causar enfermedad periodontal por si solos. Hay un acuerdo general en el tratamiento de hábitos orales diagnosticados, ambos en la ortodoncia y periodoncia. Sin embargo, como no hay evidencia suficiente que tal tratamiento clínico puede tener un impacto en la patología periodontal, los estudios extensos en este campo podrían iluminar el problema. (8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. TRATAMIENTO PARA LA SUCCIÓN DIGITAL

A pesar de la extensa investigación existe mucha controversia en cuanto al hábito de succión digital pero sobre todo en cuanto a su manejo en relación al tratamiento. (25)

Existen diversas opiniones de cuando es el momento idóneo para realizar el tratamiento, pero es necesario considerar una serie de factores involucrados en esta decisión. (6) En base al desarrollo relacionado con la edad de deformidades dentofaciales, muchos autores han sugerido que el tratamiento se debe empezar entre los cuatro años de edad y la erupción de los primeros dientes permanentes. (25)

Para poder entonces llevar un tratamiento exitoso es necesario dar una diagnóstico exacto del hábito por lo tanto preciso utilizar métodos de diagnóstico adecuados como son los siguientes:

- ANTECEDENTE DE LA ACTIVIDAD DE SUCCIÓN. En este se le pregunta a los padres por dicha actividad. Cuando la respuesta es afirmativa, se indaga por su frecuencia, duración e intensidad. Y se pregunta también por los remedios que se han llevado a cabo.
- EXAMEN EXTRABUCAL. Se observan los dedos y se comparan ambas manos. Se puede apreciar la formación de una callosidad en el dedo chupado, una uña más limpia o un dedo más rojizo. Estos también van a proporcionar datos acerca de la orientación en cuanto a la duración, frecuencia e intensidad de la succión.
- EXAMEN INTRABUCAL. Se comprueba la presencia de las alteraciones típicas producidas por el hábito.

Y se puede agregar otro método como es el de análisis electromiográfico, en este se encuentra un aumento en la actividad del músculo mentoniano. (11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.1 FACTORES CONSIDERADOS EN EL TRATAMIENTO

Es necesaria la comprensión de los factores que parecen influir en la severidad de un hábito.

6.1.1 COOPERACIÓN DEL PACIENTE HACIA LA SUSPENSIÓN DEL HÁBITO

El éxito de terapia esta en relación directa con la cooperación paciente. Niños que no están dispuestos participar en la terapia requieren una estrategia del tratamiento más agresiva y diferente que los niños cooperativos con el mismo nivel de actividad de succión digital. (25)

6.1.2 DURACIÓN DEL HÁBITO

En pacientes mayores, es más difícil tratar un hábito de succión digital. Aunque con la edad creciente, hay más presión social que promueve la eliminación del hábito. Sólo los hábitos más severos persistirán. (25)

6.1.3 CONSCIENTE CONTRA INCONSCIENTE

Un hábito nocturno o el hábito del día inconsciente se sostiene por la conducta inconsciente. En estos es más fácil su tratamiento mientras que un hábito consciente, por otro lado, se hace el tratamiento más difícil y complejo.(25)

6.1.4 COOPERACIÓN DE LOS PADRES Y HERMANOS

Una revisión de estudios encontró que el tratamiento da resultado cuando había cooperación de los padres y hermanos. La cooperación familiar, aunque no afecta la severidad del hábito directamente, disminuye la dificultad de tratamiento y, por consiguiente, la severidad del hábito. En algunos casos, la continuación del hábito se promueve por la atención dada por el padre al niño. (25)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.1.5 TERAPIA ANTERIOR

El intento infructuoso anterior a la terapia para la eliminación de hábitos orales, sobre todo aquellos de una naturaleza negativa, influye en los esfuerzos de una terapia posterior. (25)

6.2 PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una vez llevado a cabo los procedimientos necesarios para el diagnóstico preciso del hábito, y revisados los factores anteriores deberá de prescribirse en base a esto un tratamiento tomando en consideración que este que este se da de manera individual ya que existe una discrepancia enorme entre cada paciente. Por lo que entonces mediante el diagnóstico de el hábito de succión digital y observando en este la severidad de este, podremos entonces saber el tipo de tratamiento que se le da al paciente ya que existe una gran cantidad de métodos para la eliminación de hábitos pero mediante la historia de cada paciente se propone uno de acuerdo a las características del hábito y del paciente. (6)

6.2.1 POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Se considera también que antes de empezar con un tratamiento se deje que el niño los elimine por el solo si no están involucrados factores que puedan alterar el desarrollo del niño tanto psicológicos como fisiológicos, ya que en algunos casos ellos tienden a reducir la practica del hábito cuando ellos dedican más tiempo en juegos o cuando ellos empiezan a ir a la escuela. Es decir, simplemente se aumenta su actividad física, en donde este puede ser un método muy efectivo para eliminar el hábito. Sin embargo, cuando un niño tiene 5 o 6 y no aparece la cesación del hábito ahí puede ocurrir algún daño, entonces es tiempo para considerar la ayuda. (6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2.2 CONOCIMIENTO DEL HÁBITO

De todos los pasos involucrados con el tratamiento de succión no nutritiva el conocer el hábito es el más importante.

Es necesario hacer del conocimiento al paciente de la magnitud y consecuencias del hábito de succión digital y los beneficios de abandonar el hábito. Este puede ser realizado mediante el uso de modelos de estudio, espejos, y de material audiovisual necesario para que los niños y padres estén bien informados.(25)

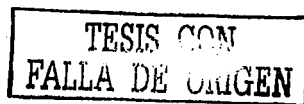
6.3 MÉTODOS PSICOLÓGICOS

6.3.1 MOTIVACIÓN VERBAL Y REFUERZO POSITIVO.

Esto consiste en explicar al niño los problemas que causa el hábito. Esta puede acompañarse de refuerzos positivos verbales o de una pequeña recompensa.

Existe una gran cantidad de refuerzos positivos en niños, aunque esto es de acuerdo a los padres uno de los métodos mas comunes son un pequeño block de cincuenta hojas que retirará una cada día que pase sin chuparse el dedo. En ella se especifica una pequeña recompensa. Considerando que es necesario prestar atención a la edad del paciente. Por lo que el anterior esta indicado para niños pequeños. En cuanto a los niños de mayor edad, el método consiste en darle un punto por cada día que pase sin el hábito, y que a los cincuenta se cambian por un juguete pactado.

Otro método que existe es que se les de una estrellita y que este la pegue en su calendario y una vez obtenidos las estrellitas acordadas se canjean por un premio. (11)



6.3.1.1 PROCEDIMIENTO DE REFORZAMIENTO DIFERENCIAL "TIME OUT".

Este se lleva a cabo en donde cada vez que se produce el hábito de succión se elimina de forma inmediata una estimulación reforzante, que puede ser leer un cuento, ver dibujos, ver televisión y otros. El valor reforzante o aversivo de un estímulo depende de cada niño, por lo que su elección afectará a la efectividad del tratamiento. (25)

6.3.2 RECONDUCCIÓN DEL HÁBITO

Este consiste en enseñar al niño una respuesta competitiva, inmediata al hábito. Las respuestas pueden ser variadas: contar hasta cincuenta, mantener el puño apretado, cruzarse de brazos, colocar las manos a los lados. (10)

6.3.3 REFORMULACIÓN DEL HÁBITO

En donde se propone al niño que se chupa el dedo que lo haga con los nueve dedos restantes durante un minuto cada uno, proponiendo que tal vez alguno sepa mejor que otro. La idea de este es que el hábito se convierta en una obligación y este acabe por perder su sentido de placer. (11)

6.3.4 ELIMINACIÓN DEL HÁBITO EVITANDO UNA RESPUESTA CONCURRENTES

Se ha observado que la prevalencia de niños con hábito de succión digital también presentan apego por algún objeto o patrón de conducta, por lo que en algunos estudios se intento que este hábito se cambiará al proporcionarle algún objeto de su preferencia. Si el mantenimiento del hábito es sospechoso, el niño debe enviarse a los profesionales capaz de dirigirse al factor emocional del problema antes de intentar otro tipo de terapia para discontinuar el hábito. (25)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.4 MÉTODOS EXTRABUCALES

Existen una cantidad exagerada de este tipo de métodos para la eliminación del hábito de succión digital, sin embargo es necesario conocer las indicaciones específicas para cada caso clínico.

6.4.1 SUSTANCIAS SOBRE LOS DEDOS

La experiencia clínica también indicó que el uso de sabor amargo puesto en el dedo afectado es de valor limitado. Además la descalcificación de superficies de esmalte e inflamación gingival es uno de los efectos adversos que podrían ocurrir como resultado de usar este método (6)

6.4.2 RESTRICCIONES MECÁNICAS

Estas solo se emplean bajo el consentimiento de los padres y paciente ya que son muy agresivas, en donde se busca por medio de este método recordar que se intenta modificar una conducta. Dentro de estas existen las siguientes:

6.4.2.1 *VENDAJE COMPRESIVO*

Este es mediante una venda en donde se combinan rasgos de una terapia del recordatorio y un sistema de premio que se encuentra útil ayudando a algunos niños que desean descontinuar el hábito de succión digital. (26)

El requisito más importante para el éxito de este método es un niño que expresa un deseo de descontinuar el hábito de succión, ya que los niños sin el interés en la cesación del hábito no son candidatos para este método. Este es muy eficaz en hábitos que son principalmente nocturnos, aunque también ha tenido éxito en niños que practican el hábito mientras miran la televisión o realizan otras actividades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA

Esta técnica consiste en que los padres deben comprar de dos a tres pulgadas de esta venda, se envuelve cómodamente, pero no demasiado hermética, del medio brazo, al medio antebrazo en el lado usado para el hábito, la mano no se cubre, y la venda no impide el flujo de sangre en el brazo, una vez en la cama, el niño encontrará que no puede poner el dedo pulgar en la boca. A el niño se le proporcionará un calendario, y si este es llevado a cabo en la forma correcta obtendrá un premio, además de que el paciente recibirá un premio mayor si concluye con la eliminación del hábito. Se considera un mes la longitud mínima para el éxito.

Los archivos indican una proporción de éxito de aproximadamente 60% con este programa.

La ventaja primaria del programa es que les permite a los niños a discontinuar el hábito sin tener que llevar un aparato intraoral.

La desventaja mayor del programa es su más bajo proporción de éxito comparada a la terapia del aparato. (26)

6.4.2.2 COCER LAS MANGAS DE LA PIJAMA Y GUANTES O MANOPLAS

Existen investigaciones en donde se describió que el método de alterar la pijama de los niños, no se recomendó porque esto puede ocasionar frustración. En algunos métodos en donde se usa cinta o enyesan el dedo afectado causa que se encuentre en un medio húmedo y ser más propenso a alguna infección, otros en los que se usan guantes tienen el riesgo de reducir el flujo sanguíneo y el inconveniente de que el niño los pueda retirar fácilmente durante el sueño. (6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.5 MÉTODOS INTRABUCALES

Este método involucra el uso de aparatos ortodondicos para atenuarse o interrumpir la práctica del hábito de succión. Cabe mencionar que este en este tipo de tratamientos es necesario el consentimiento de los padres para poder llevarlo a cabo. (25)

Se han diseñado una cantidad considerable de estos aparatos entre los que se mencionan:

6.5.1 REJILLA LINGUAL fija o removible, con o sin pinchos, junto con la variante con forma de la parrilla palatina fija. Este aparato pretende atenuar o interrumpir el hábito sensorial, ya que el hábito se vuelve desagradable para el paciente.(11)

6.5.2 RODILLO PALATINO O "BLEUGRASS APPLIANCE" . Se trata de un dispositivo basado en los principios de refuerzo positivo. Consiste en un rodillo en la parte superior del paladar, atravesando por un alambre soldado a bandas en el primer molar o segundo premolar de forma que el paciente lo puede hacer rodar con su lengua. La respuesta inicial de entusiasmo por el rodillo, se desvanece para pasar a una mera tolerancia, sin que recurra al hábito. (11)

6.5.3 PANTALLA VESTIBULAR. Esta permite hacer ejercicios miofuncionales tirando de un arco anterior y así fortaleciendo los labios, que con frecuencia están hipotónicos.(11)

6.5.4 CRIBA PALATAL

El aparato de la criba palatal en donde este actúa como una barrera mecánica que previene la colocación del dedo en la boca y hace difícil la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

succión, si no es que imposible. Además de que este es usado en la corrección de maloclusiones causadas por la succión digital, como la mordida abierta. Se ha reportado que el tiempo requerido para un mejoramiento en mordida abierta después del cese del hábito de succión digital parece ser entre 3 a 5 años. La mordida cerrada, parece ser relativa a la longitud del arco disminuida y la severidad de la mordida abierta inicial. Sin embargo varias investigaciones reportan un incremento en overbite después del cesé de la succión digital.(27)

6.6 MÉTODO ALTERNATIVO

6.6.1 DIGITOPUNTURA Y SEDACIÓN NOCTURNA

A veces para poder eliminar un hábito es necesario recurrir al subconsciente del niño y a la vez tratar de eliminar los factores que inciden sobre él. Es por eso que podemos usar este método de cura sugestiva nocturna y acupuntura para obtener mejores resultados en el tratamiento de los hábitos.

Existe un crecido número de hábitos que tienen un carácter psíquico en el niño y que la única forma lograda para suprimirlo es la sugestión durante el sueño, que apela al subconsciente mediante la palabra educativa e incita el resultado que esperamos.

Los efectos más halagadores para la aplicación de este tratamiento se han obtenido en niños de uno u otro sexo después que han cumplido los 6 años, ya que en niños menores de esta edad hay poca comprensión del problema. En la sugestión nocturna se mantiene al niño en un estado soñrónico, que consiste en un estado intermedio entre el sueño y la vigilia; una forma de relajación psicósomática donde se mantiene cierta comunicación con el medio ambiente.

La digitopuntura es una forma terapéutica y de mantenimiento de la salud, desarrollado por los chinos hace más de 5 000 años, y donde se estimulan

TESIS CON
FALLA DE URGEN

puntos específicos de la piel con el objetivo de provocar un balance en la energía del cuerpo.

La técnica de aplicación es sencilla ya que consiste en ejercer presión con el pulgar imprimiendo un lento movimiento circular.

El masaje debe aplicarse en puntos bilaterales de 1 a 15 min y puede repetirse las veces que sean necesarias.

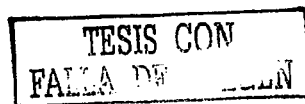
TÉCNICA

En la sedación nocturna para cada caso se elaboró un mensaje que siempre debe ser leído por la misma persona, generalmente la madre o persona más allegada, de forma suave y no debe tener incluida la palabra NO. Después que el niño lleve 15 ó 20 min. dormido para iniciar el tratamiento, se repite de 5 a 10 veces cada noche. El mensaje puede ser de esta forma:

Para la succión del pulgar: si te quitas el dedo de la boca tu cara lucirá más bonita, debes dormir con la boca cerrada y sin el dedo en la boca.

Este método tiene la ventaja de ser aplicado por el estomatólogo general.

Por ser fácil y sencillo de llevar a cabo es práctico y se observan resultados muy alentadores a corto plazo. Además de ayudar a la eliminación del hábito y a la sedación del niño, así como a mejorar su conducta en la escuela y en el hogar. (28)



CONCLUSIONES

TESIS CON
FALLA DE URGEN

Como hemos podido observar a lo largo de la presente recopilación bibliográfica la succión juega un papel importante en el desarrollo de los niños, pues como se ha estudiado la succión es el reflejo que permite al recién nacido alimentarse de su madre, sin embargo cuando ésta práctica es realizada con fines ajenos a la alimentación debe ser atendida como una conducta que puede afectar la salud del niño.

La práctica de la succión ha sido estudiada no solamente por odontólogos, también ha sido sujeto de estudio para Psicólogos, Pedagogos, Psicoanalistas y Pediatras, debido a que ésta conducta llega a tener un trasfondo emocional y sus repercusiones no únicamente serán en la cavidad oral, ya que también afectan el entorno social de los niños y llega a generarse en ocasiones por el mismo entorno social en que se desenvuelven los niños.

Existen teorías psicoanalíticas que proponen que la succión en cierta etapa de la vida sirve como un medio de autosatisfacción que el niño practica cuando comienza a alejarse del seno materno.

La succión digital en todas sus formas, ha adquirido importancia por la comunidad odontológica pero ésta importancia se ha limitado a efectos nocivos que se producen en la cavidad oral, dejando a un lado las causas que la producen y los efectos que produce en el desarrollo del niño. Es por eso que nosotros los Cirujanos Dentistas debemos de poner atención no solamente a los efectos nocivos en la cavidad oral, porque aunque son los que nos afectan de forma directa en nuestro labor debemos estar preparados para poder brindar una rehabilitación integral a nuestros pacientes, lo cual podemos llevar a cabo informando a los niños y padres de estos pacientes cuales son las posibles efectos y consecuencias de éste comportamiento.

UNIVERSIDAD DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CARRER DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE ORTODONCIA
CATEDRA DE ORTODONCIA

Para poder proporcionar un tratamiento correcto a este comportamiento en el consultorio dental existen diversos métodos de tratamientos que van desde la persuasión hasta los métodos intraorales, es responsabilidad de nosotros tener los conocimientos necesarios para darle un buen funcionamiento a cualquiera de estos métodos terapéuticos, conocer sus características, fabricación; cabe mencionar que es necesario tratar de forma individual a cada paciente ya que cada uno de estos de acuerdo a sus necesidades se deberá proporcionarle determinado tratamiento.

Es importante señalar que si conocemos las causas, los efectos y los tratamientos que existen para la succión digital podemos dar una atención profesional a los niños que llegan a nuestro consultorio con este tipo de comportamientos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Braham Mele. E. Odontología Pediátrica. Editorial Panamericana. 1era ed. Buenos Aires. 1984. p. 420-4.
2. Bayardo CR, Mejia GJ, Orozco MS, Montoya BK. Los malos hábitos orales en niños. Primera parte. Revista ADM 1995 feb;52 (1):22-5.
3. Jáquez BJ. Hábitos Bucales. Dentista y Paciente. 2001.dic;114 (10):46-57.
4. Sogbe de Agell R. Conceptos básicos en odontología Pediátrica. Editorial Disinlied. Caracas. 1995. p. 575-90.
5. Koch G, Modere T, Poulsen S, Rasmussen P. Odontopediatria. Enfoque Terapéutico. Editorial Panamericana. Buenos Aires.1994. p. 13-19.
6. Sulaiman ES. A new method in reminder therapy technique for ceasing digit sucking habit in children. J Clin Pediatr Dent 2000;4 (24):261-263
7. Camero A, Widmer R. Manual de Odontología Pediátrica. Editorial Hancourt. España 2000. p.271-2.
8. Bosnjak A, Vucicevic V, Boras I, Miletic D, Vukelja M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. J of Oral Rehabilitation 2002;29:902-5.
9. Bayardo CR, Mejia GJ, Orozco MS, Montoya BK. Los malos hábitos orales en niños. Segunda parte. Revista ADM 1995 feb;52 (2):79-84.
10. Maya BH. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Rev Cubana Ortod 2000;15 (2):66-70.
11. Nieves P, Planells P, Martín S. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques Terapéuticos. 1997;5.
http://www.coem.org/revista/05_97/articulo.html.
12. Pinkham JR. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 2nd ed. México. 1991. p. 170-3,311-14.
13. Ureña CJ. Los hábitos orales y el desarrollo facial. Práctica Odontológica 1992;13 (10):51-3.

14. Turgeon HO, Lachapelle DM, Gagnon FP, Larocque I, Francois L. Nutritive and nonnutritive sucking habits. *J of Dentistry for Children* 1996;63 (5):321-6.
15. López MY, Arias AM, Oksana Z. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Cubana Ortod* 1999;14 (1):32-8.
16. Johnson ED, Larson BE. Thumb sucking. *J of Dentistry for Children* 1993;60 (6):385-91.
17. Vadiakas G, Oulis C, Berdouses E. Profile of non-nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in pre-school children. *J of Clinical Pediatric Dentistry* 1998;22 (2):133-6.
18. Silva FO, Goncalves GM, Ajalmar M. Sucking Habits. *J of Clinical Pediatric Dentistry* 1991;15 (3):137-155.
19. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *J Orthod Dentofacial Orthop* 2002 Apr;121(4):347-56.
20. Quirós AO, Quirós CL. Orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. *Rev Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* 2002; 24:47-51.
21. Mc. Donald R. *Odontología Pediátrica y del adolescente*. Editorial Panamericana. 1990. p. 727-732.
22. Leyt S. *Odontología Pediátrica*. Editorial Mundi. Paraguay 1986. p.324-350.
23. Fukuta O, Braham R, Yokoi K, Kusuru K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger sucking. *J of Dentistry for Children* 1996; 63 (6): 403-407.
24. Warren JJ, Bishara SE. Effects of oral habits duration on dental characteristics in the primary dentition. *JADA* 2001 Dec;132:1685-1693.
25. Johnson ED, Larson BE. Thumb sucking: Classification and treatment. *J of Dentistry for Children* 1993;60 (6):392-97.

26. Adair MS. The Ace Bandage approach to digit sucking habits. *J Pediatric Dentistry* 1999;21 (7):451-3.
27. Villa LN, Cisneros G. Changes in the dentition secondary to palatal crib therapy in digit suckers. *J Pediatric Dentistry* 1997;19 (5):323-27.
28. Sorhegui RA, Rigol GA, González NM. Digitopuntura y sedación nocturna: un opción en el tratamiento de hábitos deformantes. *Rev Cubana Ortod* 1988;13 (2):107-111.