

347
2º.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

INDICE DE HABITO DE
SUCCION DIGITAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

RODRIGUEZ SANCHEZ RUTH CRISTINA



DIRECTOR DE TESIS: C.D.M.O. MARISELA GARCIA MARTINEZ

C. U.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUNIO 1998

U2 150
[Firma manuscrita]
162504



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.

Agradezco a:

Dios.

Por permitirme culminar uno de mis sueños.

*Mi padre, **Elías Rodríguez**
por fomentar en mí el deseo
de superación*

*Mi madre, **Bertha Sánchez**
por recordarme siempre ser
humilde.*

***Rocío**, siempre facilitando mi
camino por este mundo.*

***Ricardo**, por enseñarme a luchar
por lo que se quiere sin importar
las circunstancias.*

***Pedro**, escuchándome y ser el punto de apoyo
todos nosotros, su familia.*

***Rafael**, Por enseñarme a ser independiente.*

***Raymundo**, Por ser mi compañero de infancia*

***Juan Carlos Dorantes**.
Por el amor, paciencia, ánimos,
y apoyo que día a día recibo.*

***Félix Adaya**. (q.e.p.d.). Por la confianza que me dejo.*

***Ricardo Jr., Javier Elías,**
Nadia, Ivan de Jesús,
Sebastián Elías y Julia Stefana.*

*Sean buenos niños,
y luchen por
ser felices.*

Que Dios los bendiga a todos.

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,
y la Facultad de Odontología
por permitirme ser parte de una comunidad
importante y respetada.*

*A mis Maestros.
Por enseñarme lo mejor de sus experiencias
como profesionistas y seres humanos.*

*A mis amigos.
Por los momentos de alegría,
y las motivaciones para ser buenas
personas y mejores profesionistas.*

*A mis pacientes.
Que depositaron en mí, su confianza y amistad.*

A todos muchas gracias.

INDICE

Introducción.	1
---------------	---

CAPITULO UNO

Defición de hábito	4
Definición de hábito oral	4
Tipos de hábitos bucales	5
Origen del hábito	11

CAPITULO DOS

Psicogénesis	12
Teoria de Freud	15
Teoria del Aprendizaje	16
Mantenimiento del hábito	20
Factores que pueden contribuir a la severidad del hábito	22
Alimentacion pecho contra botella	24

CAPITULO TRES

Efectos dentofaciales	26
-----------------------	----

CAPITULO CUATRO

Tratamiento	33
Conocimiento del hábito	33
premios y castigos	34
Trampa de dedo	43
Trampa de lengua	44
Quad helix	44
Triple loop	45
Prevención	46

CAPITULO CINCO

Encuesta (índice de hábito de succión digital)	48
Resultados	50
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAFIA	55

INDICE DE HABITO DE SUCCION DIGITAL

INTRODUCCION

El hábito de succionar los dedos que presentan los niños, ha sido objeto de varias teorías contradictorias, así como de recomendaciones dispares para su corrección. La succión del dedo pulgar en el lactante preocupa a los padres y al pediatra por que la causa de este hábito puede ser un problema en la alimentación. La succión del dedo pulgar en los lactantes se relaciona con la rapidez en la ingesta de alimentos y con la tensión nerviosa durante el período de alimentación. Aunque este hábito se considerará normal durante los dos primeros años de vida muchos niños no lo presentan nunca. Por otra parte, si persiste o se incrementa su intensidad, y se observan modificaciones dentales o esqueléticas adversas, es aconsejable aplicar medidas correctoras específicas para evitar los trastornos de la oclusión.

Cumley sostiene que el mantenimiento del hábito de succión del pulgar después de los 4 años es síntoma de carencia afectiva y emocional; el niño utiliza el pulgar como mecanismo de compensación. En algunos casos, el hábito es una forma de venganza frente a los padres. Si el hábito ocasiona movimiento de los incisivos primarios, se indica efectuar alguna forma de intervención antes de que erupcionen los permanentes.

Brody a señalado que muchos niños interrumpen el hábito durante su etapa preescolar, aunque algunos lo mantienen hasta la adolescencia o la vida adulta. Incluso aunque no se produzcan efectos adversos sobre la oclusión, el hábito de succionar el pulgar es inaceptable desde el punto de vista social.

Traisman y Traisman estudiaron a 2 650 lactantes y niños desde el nacimiento hasta los 16 años. En el 45,6% se observó el hábito de succión del pulgar en algún momento durante el período de observación. Sin embargo el 75% lo inició durante los tres primeros meses de vida, mientras que al rededor del 25%, lo adquirió durante el resto del primer

año. La edad media a la que se interrumpió el hábito fue a los 3,8 años. No obstante, algunos lo hicieron entre los 12 - 15 años.

Según **Salzmann**, el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilar y mandibular, así como sobre la oclusión de los dientes, depende de varios factores; entre ellos se incluye la frecuencia con la que se practica el hábito, el grado de desarrollo osteogénico, la dotación genética y el estado de salud del niño. (1)

CAPITULO I

Definición de hábito:

Es una practica fija producida por la constante repetición de un acto. Que con cada repetición, se hace menos consciente y si se hace a menudo puede ser relegado a la mente subconsciente convirtiéndose real y finalmente en un modelo mental inconsciente.

Es la manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos (Langford). (3)

Definición de hábito oral pernicioso:

Es aquel que resulta de una **modificación en la conducta** o por una **actitud compensatoria** provocada por la presencia de un traumatismo emocional ó fisiológico que ocasiona presiones desequilibradas y dañinas en la oclusión dentaría, estructura ósea y musculatura peribucal.

Tipos de hábitos bucales.

- A) Hábitos de los dedos pulgar e índice.
- B) Hábitos con chupón.
- C) Hábitos labiales.
- D) Hábitos de respiración bucal.
- E) Proyección lingual.
- F) Mordedura de uñas.
- G) Bruxismo.
- H) Automutilación.

Hábitos con chupón.

En los niños que usan chupón, se observan de manera constante mordidas abiertas anteriores y constricción maxilar. El movimiento vestibulo lingual no es tan pronunciado como en el hábito digital pero, de todos modos, se presenta con frecuencia. Se producen chupones que según los fabricantes son muy parecidos al pezón materno y no son tan nocivos a la dentición como el dedo pulgar o un chupón ordinario.

Hábitos labiales.

Son aquellos en los que se presenta manipulación de los labios y estructuras peribucales. Hay varios tipos de hábitos y su influencia sobre la dentición es variable. En cuanto a los efectos denticionales se refiere la acción de lamer los labios y el hábito de tracción labial son relativamente benignos. Los cambios más evidentes que se relacionan con estas costumbres son labios y tejidos peribucales rojos, inflamados y reseca durante periodos de clima fríos.

La observación más frecuente en la succión labial es un labio inferior remetido por detrás de los incisivos superiores. Esto produce una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores. Lo que ocasiona inclinación vestibular de los incisivos superiores, retroclinación de los inferiores y aumento en la severidad de la sobremordida horizontal.

Proyección lingual.

Hace poco tiempo que se ha dado mucha importancia a la proyección de la lengua y a los hábitos de respiración bucal como causa

de mal oclusión. La proyección lingual es característica de la deglución infantil y transitoria, ambas consideradas normales para el neonato. La información epidemiológica señala que el porcentaje de sujetos con patrones infantiles y transitorios de deglución, es superior al correspondiente a individuos con mordida abierta, los resultados en cuanto a duración, intensidad y frecuencia de la fuerza que se relaciona con la proyección lingual, sugieren que el hábito puede preservar una mordida abierta pero no crearla. Por lo tanto se debe de considerar a la mordida abierta como un hallazgo y no un problema por atender.

Respiración bucal.

La respiración bucal y su relación con la mal oclusión es un asunto complejo; las investigaciones que se efectúan para contestar las interrogantes acerca de su relación no son muy específicas. El problema principal radica en identificar de manera confiable a los respiradores bucales. Algunos individuos parecen serlo por la postura mandibular o labios incompetentes. Es normal que entre los tres y seis años de edad se presente incompetencia labial ligera. A otros niños se les denomina respiradores bucales por la sospecha de una obstrucción en la vía

respiratoria nasal. Se sugieren dos sitios como lugares de obstrucción los cornetes nasales y los adenoides. El juicio clínico no tiene la precisión suficiente para diagnosticar alteración de la vía respiratoria nasal. A pesar de las dificultades para identificar al respirador bucal, hay indicios de una posible relación entre respiración bucal y maloclusiones caracterizadas por una facie larga y constricción maxilar.

Mordedura de uñas.

Es un hábito registrado pocas veces antes de tres a seis años de edad. Se cree que dicha costumbre es una manifestación de estrés en el sujeto. No existe algún indicio de que la mordedura de uñas pueda motivar maloclusiones o cambios dentales. Por lo que no se necesita ningún tratamiento.

Bruxismo.

Se define como pulimiento o rechinar de los dientes que a menudo se informa es nocturno, algunos niños rechinan durante el día. Casi todos efectúan un poco de bruxismo el cual ocasiona desgaste

moderado de caninos y molares primarios, rara vez, con excepción de sujetos impedidos, el desgaste pone en peligro la pulpa al avanzar con mayor velocidad que la producción de dentina secundaria. También se atribuyen al bruxismo la sensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la articulación temporomandibular. Se desconoce la etiología exacta del bruxismo pero existen tres teorías; motivos locales, sistémicos y psicológicos.

Automutilación

Son actos repetitivos que producen daño físico al sujeto, y es muy rara en niños normales. Sin embargo en los niños con retraso mental es de 10% al 20%. Se piensa que la automutilación es un comportamiento aprendido, y puede ser el caso porque es de las pocas conductas confiablemente reforzadas, o sea, siempre llama la atención.

Una manifestación frecuente es la mordedura labial, lingual y de la mucosa bucal. Desde la perspectiva psicológica es necesario considerar anormal a cualquier niño que de manera premeditada se causa dolor o daño a sí mismo; La automutilación también se vincula con alteraciones

bioquímicas, como los síndromes de Lange y Lesch- Nyhan. Aparte de la modificación conductual, su tratamiento comprende el uso de restricciones, almohadillas protectoras y sedación. Si fracasan las dos primeras opciones, puede requerirse extracciones de dientes. (2)

ORIGEN DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL

PERIODO FETAL.

En el feto comienza la osificación del húmero, avanzan los esbozos de los párpados, que pronto llegan a soldarse entre sí, los miembros superiores bien desarrollados se apoyan en el vientre, y los inferiores, igualmente desarrollados, parecen "aplaudir con los pies". En el séptimo mes desaparece la soldadura de los párpados, y aparecen las cejas y los primeros cabellos en la cabeza.



Desde el quinto mes, sus músculos se contraen, movimientos que se van acentuando y que la madre nota, deglute líquido amniótico y a **veces se chupa el dedo**. Los movimientos citados son indispensables para que se desarrollen normalmente las articulaciones. (7)



Feto humano entre cinco y seis meses, **chupándose el dedo**.

CAPITULO II

Psicogénesis

El origen de la succión debe ser asociado en primer lugar a la actividad oral. La boca en el ser humano es uno de los primeros órganos que se forman y donde aparecen las primeras manifestaciones de orden sensorial. Su rica capacidad sensitiva adquiere especial importancia porque es a través de ella, durante las primeras etapas de su vida, donde se ejerce la mayor actividad biológica, fisiológica y psicológica. La actividad biológica y fisiológica le permite al niño alimentarse. Esta actividad es vital para él, porque sin ella no subsistiría.

La succión propiamente dicha es una acción compleja que necesita coordinación específica neuromuscular. El niño al nacer ejerce la succión en forma rudimentaria al contacto con el seno materno, es inespecífica por falta de coordinación muscular, la cual se adquiere al poco tiempo de nacido. Aparte de la alimentación, el succionar el seno materno es o el biberón, estimula el crecimiento de los maxilares de la musculatura facial constituyendo esto, otra actividad biológica y fisiológica de la boca (3)

La supervivencia del recién nacido depende de la succión oral instintiva, que le permitirá su satisfacción nutricional. Se reconoce además; que los labios, la lengua y la mucosa oral experimentan una satisfacción de placer que nutre y construye sus primeras estructuras y funciones psicológicas e interpersonales (binomio madre - hijo), lo que permite iniciarse en la exploración de su socioambiente, siendo estos dos aspectos parte del desarrollo normal en la infancia. Una vez que las funciones biológicas y psicológicas del niño han iniciado su maduración y éste puede separarse de su madre sin experimentar ansiedad significativa (entre los 9 y 18 meses de edad), se verá expuesto a otro tipo de gratificadores propios de su nuevo círculo de actividades sociales, desapareciendo espontáneamente muchos de los hábitos orales (4)

Esta expresión conlleva la satisfacción de dos requerimientos, uno físico **la nutrición** y otro psíquico: **el amor** que caracterizan a la boca como órgano capaz de manifestar emociones. Las características de la actividad oral del niño nos permiten fácilmente entender que los hábitos de succión tienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y emocional del ser, así tenemos que la succión inadecuada del biberón, debido a las aberturas grandes que requieren poco o ningún esfuerzo

por parte del niño, puede dar lugar a la succión del pulgar como necesidad persistente de **gratificación bucal**.

Cuando el niño al alimentarse queda insatisfecho, físicamente por hambre o psíquicamente por afecto, encuentra que el acto de la succión le compensa esas carencia, el chupeteo de los dedos o de un chupón absurdamente proporcionado por el medio ambiente, se convierte en un recurso inicial para descargar sus pequeños problemas, sus iniciales frustraciones e inconformidades.

Otra causa del hábito de succión puede ser cuando el cambio del pezón al biberón se hace de forma súbita, lo cual le ocasiona algunas frustraciones. Esta inadaptación que el niño sufre, puede compensarla con la succión del dedo o el chupón si el ambiente lo facilita. Si la succión se convierte en un refugio o en un desenfoque de emociones cada vez que se presente esta experiencia o que un estímulo sea superior a su propia capacidad reaccional, el niño acudirá al hábito y éste se arraigará en el mucho más.

Resumiendo, podemos establecer que el hábito de succión refleja una falta de atención materna durante los períodos iniciales de la alimentación.

Otros autores señalan como psicogénesis de la succión los siguientes factores:

- Rivalidad entre hermanos.
- El 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.

En la interpretación del hábito de dedo se analizan las siguientes teorías:

- La teoría de **Freud**.
- La teoría de **Aprendizaje**.

LA TEORIA DE FREUD.

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

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 la succión. La succión prolongada después de la infancia y la niñez temprana como iniciativa de problemas emocionales. La intervención física del hábito podría conducir a la 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 le debe instruir a los padres de estos niños para que muestren más afectos y amor hasta que "estén listos" para dejar el hábito. Sin embargo, Dipsett establece que el concepto de estar listo" es indefinido e inútil en la forma como se usa comúnmente.

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

TEORIA DEL APRENDIZAJE

En contraposición a la teoría freudiana, los teóricos del aprendizaje han demostrado que el hábito de la succión es una conducta aprendida

que puede ser prevenida o suprimida sin secuelas indeseables como lo establecen los freudianos. Los métodos terapéuticos empleados por los teóricos del aprendizaje para tratar hábitos, han sido exitosos y no han conducido a nueva patología.

La teoría del aprendizaje predice que la supresión del habito conduce a una succión disminuida posteriormente ya que, como dijimos, es una conducta aprendida que se conforma como las leyes del aprendizaje, la cual asegura que si se impide el hábito se producirá una reducción de esa conducta puesto que el infante no la aprenderá.

Benjamín diseñó un experimento para comparar ambas teorías y analizar la vía por la cual se aprende el hábito. El colocó guantes en las manos de los niños para impedir el succionamiento del pulgar u otros dedos. El predijo que si éste era aprendido habría una disminución de la conducta de succionar y que el niño ignoraría el hábito. Sin embargo si fuese correcta la teoría freudiana, aumentaría la succión cuando los guantes fuesen quitados. Las observaciones por la madre en la casa y por los experimentadores en el laboratorio, indicaron que los niños a quienes no se les permitió succionar sus pulgares demostraron

significativamente menos succión que el grupo control que no usó guantes.

La conclusión del experimento de Benjamín es que el succionamiento del pulgar produce un hábito aprendido, muy importante para la teoría del aprendizaje. No hubo secuelas indeseables de conducta, que siguiendo a Freud se podrían esperar. No hubo evidencias que sugiriesen que los grupos control y experimental tuviesen, además de la del succionamiento pulgar, otras alteraciones. De especial interés fue el hecho de que el uso de los guantes no se asoció con aumento del llanto; en efecto para la mayoría de las mediciones del llanto, la medida del grupo control era ligeramente mayor que para el experimental. No se recibió ninguna comunicación sobre autismo u otras dificultades asociadas al uso de guantes.

Se ha sugerido que la posición de los niños, con sus manos comúnmente cerca del pecho o de la cara, aumenta la probabilidad de que sus dedos encuentren la boca, iniciándose de tal manera lo que subsecuentemente se transformará en un hábito. Esto es una descripción inicial, de lo que ahora se llama **reflejo básico posicional**.

los teóricos del aprendizaje creen es el que inicialmente comienza el hábito, siendo de naturaleza adaptativa ya que permite al niño recibir la alimentación. Sin embargo, cuando el dedo o los dedos entran en contacto con el carrillo y luego son chupados, el niño se gratifica porque se asocia con el hecho de alimentarse, lo que da lugar a un hábito que es perjudicial para la salud bucal.

Davison y otros propusieron que la succión del pulgar es un hábito aprendido, partiendo de los principios de la teoría del aprendizaje. Ellos afirman "que es un simple hábito aprendido que no ha sido adecuadamente extinguido". En un estudio sobre la efectividad relativa de tratar los hábitos de succión del pulgar, estos autores aseveran que el apoyo psicológico fue ineficaz para aliviarlos. Ellos concordaban más con los freudianos y los conceptos neoanalíticos y menos, con la teoría del aprendizaje. Correctamente observaron que la conducta se reducía recompensando al niño por no hacerlo; pero, fracasaron al puntualizar que el tratamiento más efectivo es la pantalla o la rejilla por provocar un acondicionamiento aversivo. (3)

MANTENIMIENTO DEL HABITO

Ambas teorías intentan explicar el mantenimiento de un hábito de succión más allá de su utilidad adaptable. La teoría psicoanalítica sugiere que cuando los niños maduran ellos tienden a perder hábitos sexuales previamente asociados con zonas de placer tempranas. Así se esperaría que en la mayoría de los niños cesara el hábito de succión temprano en su proceso de desarrollo (tres años de edad). Este concepto apoya las teorías de autores anteriores que en niños que persiste el hábito de succión digital más allá de su niñez temprana tiene un poco de perturbación psicológica subyacente. Esta perturbación se ve como una incapacidad para cubrir las tensiones de la vida. El niño exhibe una reacción de ansiedad que se expresa a menudo como un tipo de regresión infantil. De una etapa más tarde del desarrollo se deja para algún periodo más temprano, más cómodo de vida durante la que la succión digital ocurrió.

Porque la succión digital según la teoría psicoanalítica, representa un tipo de ansiedad y si lo extingue abruptamente podría ser perjudicial para el desarrollo emocional normal del niño. Además, el tratamiento

podría producir sustitución del síntoma (succión digital) por otra conducta.

A pesar de la evidencia aplastante que apoya la teoría del aprendizaje, todavía existe una evidencia que en una minoría de pacientes, el hábito digital es mantenido por alguna perturbación emocional. Parece que en la mayoría de los casos que el subyacente es un resultado de un aumento en la tensión o ansiedad de los niños. De acuerdo con un signo de esfuerzo del niño por manejar el aumento de ansiedad se chupa el dedo pulgar lo cual es indicio de regresión infantil. Se ha sugerido que un aumento en la ansiedad o estrés en la vida del niño puede convertir un "vacío" el hábito del dedo pulgar en un "significante", la tensión.

Cualquier conexión entre la tensión y la inquietud prolongan el hábito de succión digital. La terapia directa es desfavorable en la sustitución del síntoma, es recomendable proteger a los pacientes propiamente con un hábito de succión digital para posibles perturbaciones psicológicas antes de comenzar el tratamiento. (5)

FACTORES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LA SEVERIDAD DEL HABITO.

- 1.- Un hábito de succión digital mantenido por una perturbación psicológica subyacente (significativa) es más difícil de tratar que un hábito no significativo o vacío.
- 2.- La cooperación del paciente hacia la cesación del hábito. Un niño puede gozar del hábito y ser involuntario participar en cualquier método del tratamiento manifiesto o secreto. Los niños que son mal dispuestos para participar en la terapia requieren una estrategia más agresiva y diferente que en los niños cooperativos con el mismo nivel de actividad de succión digital.
- 3.- La duración del hábito. Entre mayor sea la edad del paciente, es más difícil tratar la succión digital.
- 4.- El hábito de succión digital es más común en niñas que niños.

- 5.- Hábito generalizado contra hábito localizado. El hábito localizado ocurre coherentemente en un lugar y tiempo específico. El hábito generalizado ocurren diversos lugares y durante varias veces la día, por ejemplo: casa, escuela etc. Por lo tanto el hábito generalizado es más tenaz y difícil de tratar.
- 6.- Consciente contra inconsciente. Un hábito nocturno o el hábito de día inconsciente es mantenido por la conducta inconsciente. La atenuación simple de los mecanismos sensitivos de retroalimentación ayuda a la cesación del hábito. Un hábito consciente, por otro lado, involucra opción o necesidad y marca tratamiento más difícil y complejo.
- 7.- La cooperación de los padres y hermanos mayores. Una revisión de estudios diseñada para probar las modalidades de tratamiento demostraron mejores resultados cuando había fuerte cooperación de los padres y hermanos, Aunque no afectaba la severidad del hábito directamente, había disminución de la dificultad del tratamiento y, por lo tanto, la severidad de la succión digital.

8.- Terapia previa. Los esfuerzos infructuosos a la terapia para los hábitos de succión digital, sobre todo aquéllos de naturaleza negativa influyen posteriormente, en algunos casos, la continuación del hábito es promovida por la atención dada por el padre al niño. (6)

ALIMENTACION PECHO CONTRA BOTELLA.

Un niño al cual su madre lo amamanto durante el primer año de vida o hasta la erupción de los dientes incisivos, habrá corregido su distoclusión fisiológica y será un respirador nasal. Si total o parcialmente se ha alimentado a biberón, también quedará con parte o toda la distoclusión por corregir y además, podrá ser o no respirador bucal.

La sustitución de un pecho por algo artificial que obligase a despertar los mismos estímulos neurales que despiertan el pecho materno desgraciadamente aún está por realizarse y comercializarse. El día que esto sea una realidad se habrá dado un gran paso en la prevención de las maloclusiones. Aunque la OMS recomiende cada día más que las madres alimenten a sus hijos con pecho, debido a la

organización de la sociedad moderna, cada día las madres alimentan con biberón a sus hijos.

La succión de dedo u otros objetos no es frecuente en los niños bien alimentados a pecho, pues a diferencia del biberón, les produce fatiga, cansancio muscular, por el esfuerzo que tiene que hacer el niño para ordeñar el pecho materno, a lo que sigue el sueño; al terminar de amamantarse, en general el niño queda dormido en el pecho.

Si no se alimenta con biberón, sólo ha aprendido a tragar, pero no se fatiga, y precisamente la falta de esa fatiga la suple chupando el dedo o lo que sea. Pero como el niño necesita excitarse o fatigarse, puede pasar a chuparse la lengua que es igual o peor que chuparse el dedo. (8)

CAPITULO III

EFFECTOS DENTOFACIALES

Un hábito digital causa diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. En consecuencia, el niño que succiona con alta intensidad y de manera intermitente no puede causar mucho movimiento dental, mientras otro que succiona de modo persistente (durante más de seis horas) originaría un cambio dental relevante.

RIESGOS

Debe hacerse, énfasis a que el efecto puede ser tan variado e individual como lo es en método, edad de iniciación, cesación y la duración del hábito; En un estudio electromiográfico de la musculatura perioral y masticatoria en 20 pacientes con hábito de succión digital. Baril y Moyers concluyeron que es una materia de respuesta individual a los estímulos que se clasificaron por sus causas y efectos como síndrome

(5)

La duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por un hábito digital. Los testimonios clínicos y experimentales sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario.

Intensidad: La cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión.

Duración: La cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo.

Frecuencia: Es el número de veces que se practica el hábito durante el día

Los signos clásicos de un hábito activo son:

- 1.- Mordida abierta anterior.
- 2.- Movimiento vestibular de los incisivos superiores desplazamiento lingual de los inferiores.
- 3.- Constricción maxilar.

Mordida abierta anterior.

Es la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión, que se presenta

porque el dedo, descansa en forma directa contra los incisivos. Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical; el dedo impide la erupción de los dientes anteriores, mientras que los posteriores tienen la libertad para hacerlo.

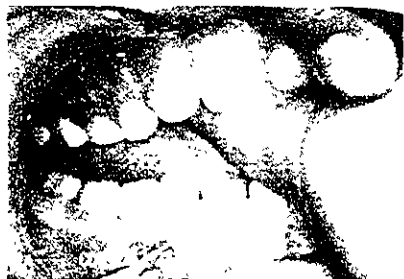
La erupción pasiva de los molares causará mordida abierta anterior; la intrusión de los incisivos también puede ocasionarla. Sin embargo, es más sencillo lograr la inhibición de la erupción que la intrusión verdadera.

Movimiento vestibulolingual de los incisivos.

Depende de cómo el paciente coloca el pulgar o el índice en la boca. A menudo, pone el pulgar de tal modo que ejerce presión sobre la superficie lingual de los incisivos superiores y sobre la vestibular de los inferiores. El niño que succiona de modo activo puede crear fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores en dirección lingual; el resultado es una sobremordida horizontal aumentada.

Constricción maxilar

La constricción de la arcada superior sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca, se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar. Los músculos orbicular de los labios y los buccionadores siguen aplicando fuerzas sobre las superficies vestibulares de la arcada superior, en particular cuando dichos músculos se contraen durante la succión. Como la lengua deja de ejercer fuerza de contraequilibrio desde lingual, el arco superior posterior se colapsa en una mordida cruzada. (2)



Otros cambios dentofaciales asociados con hábitos de succión digital

Efectos en el maxilar superior:



Proclinación aumentada de los incisivos superiores.
SNA aumentado

Colocación anterior aumentada de la base apical de la maxilla

Longitud del arco aumentada.

Longitud de la corona clínica aumentada del incisivo maxilar.

SN disminuido a el ángulo ANS-PNS.

Anchura del arco palatal disminuida.

Efectos en la mandíbula:

Proclinación aumentada de los incisivos mandibulares.

Distancia intermolar de la mandíbula aumentada.



Efectos de la relación interarco.

Disminución del maxilar y ángulo de incisivos mandibulares.

Mordida cruzada posterior aumentada.

Clase II unilateral ó bilateral aumentada

Efectos en la colocación del labio y función.

Incompetencia del labio aumentada.

Efectos de la colocación de la lengua y función.

Proyección lingual.

Posición de la lengua más baja.

Otros efectos.

Riesgo de la salud psicologica del paciente.

Deformacion de los dedos.

Problemas del lenguaje sobre todo (ceceando). (5)

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

El tratamiento de succión digital es una cuestión de controversia considerable. En base a la edad, el desarrollo relacionado a las deformidades dentofaciales, muchos autores han sugerido que el tratamiento debe empezar a los cuatro años de edad; estas recomendaciones presuponen que en todos los niños, estos hábitos causan el mismo daño, lo cual no es cierto. Recientemente se ha sugerido que el tiempo de tratamiento sea específico para cada hábito.

Conocimiento del hábito.

Hacer del conocimiento al paciente de la magnitud, consecuencias y los beneficios de la cesación del hábito. (6)

Una vez que el cirujano dentista está enterado del hábito del paciente y se ha tomado una decisión para instituir el tratamiento, son necesario cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito de succión digital. En primer lugar, el dentista necesita la cooperación incondicional del niño. El siguiente factor necesario para el

tratamiento exitoso es la cooperación del padre. El odontólogo deberá ponerse de acuerdo con los padres para que no regañen al niño acerca de su hábito durante el curso del tratamiento. (9)

Premios y castigos.

El condicionamiento aversivo, tal como se utiliza para el tratamiento de la succión del pulgar, esta basado "sobre el principio de que si el castigo de un hábito es mucho mayor que las recompensas derivadas del él, habrá supresión". El teórico del aprendizaje sabe que el condicionamiento aversivo modifica la conducta y que es suficiente; casi cualquier conducta puede ser suprimida, aunque pudiera reaparecer, por lo tanto las recompensas en lugar de los castigos son a menudo recomendados por los psicólogos. El uso de ellas requiere el control casi completo del medio ambiente; los refuerzos sin este control fracasan generalmente. (3)

La sensibilización secreta.

Es el procedimiento en que un cognoscitivo desarrollará, la respuesta que será aversiva se presentará al momento de la succión. por ejemplo. un cuadro imaginario de la actividad para ser eliminado se

evoca y entonces es acompañado de una imagen mental de una respuesta aversiva como la náusea.

La eventualidad contratada.

Un contrato de premio o castigo se hace dependiente de la cesación del hábito o la falta de la cesación del hábito respectivamente.

Refuerzo del diferencial de otras conductas.

El refuerzo del diferencial de otras conductas (DRO) está reforzando la falta de contestación designada, en este caso la carencia de la succión digital. El premio también puede aplicarse a una conducta diferente pero relacionada, como complacencia a la terapia de cesación de hábito. Si el horario del refuerzo se alarga como progresos del tratamiento se llama DRO aumentado. En algunos estudios, se usaron DRO, más represiones. Las represiones consistieron de detener al niño y establecer el contacto de los ojos y amonestar al niño firmemente para detener la conducta.

Inversión del hábito.

Al paciente se le enseñan algunas otras formas de respuesta, como colocar el dedo pulgar entre los dedos cuando tienda a chuparse el dedo, se le dice que cuente hasta 50. Para tener éxito en la reversión del hábito, se combina con el conocimiento del hábito.

Procedimientos sensitivos de atenuación.

Muchos procedimientos se diseñan para interrumpir la retroalimentación sensitiva experimentados por la succión. Al paciente se le enseña algunas otras formas de respuesta, como colocar el dedo pulgar entre los dedos cuando tienda a chuparse el dedo, se le dice que cuente hasta 50. para tener éxito en la reversión del hábito, se combina con el conocimiento del hábito digital

Estos procedimientos se dividen en la terapia de aparato y prevención del hábito.

La terapia de aparatos involucra el uso de aparatos ortodónticos para atenuar o interrumpir la retroalimentación sensitiva. Se han

diseñado muchos aparatos para lograr la cesación del hábito, como la cuna palatal, arco palatal, rejillas linguales y Hawley retenedor con y sin rejillas

La prevención del hábito Incluye el uso de tratamientos de aversión químicos, envolver el dedo, El vendar el dedo con cintas ha demostrado excelentes resultados para el tratamiento del hábito inconsciente o nocturno.

PASOS DEL TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos el hábito de succión digital puede tratarse con la aplicación secuencial de modalidades cada vez más agresivas. Se recomiendan los siguientes pasos.

Paso 1.- Es necesario proteger al paciente de perturbaciones psicológicas subyacentes que sostienen un hábito, Si se sospecha que el mantenimiento del hábito es de tipo psicológico. El niño debe enviarse a los profesionales capaces de identificar el problema emocional antes de tratar el hábito de succión digital.

Paso 2.- El conocimiento del hábito va más allá de una comprensión superficial de la causa y efecto del hábito de dedo. Proviene de la idea que la motivación se levanta de la realización de un resultado. En muchos casos el comportamiento (es decir la motivación) se mantiene mucho más tiempo de la realización de un resultado positivo que de la amenaza de consecuencia negativa. De acuerdo con, el conocimiento del hábito debe ser logrado dando énfasis a los aspectos positivos de la cesación del hábito. De todos los pasos involucrados con el tratamiento al que más se le debería dar énfasis es al del **conocimiento del hábito.**

VARIAS PARTES SON INCLUIDAS EN EL CONOCIMIENTO DEL HABITO.

- 1.- El uso de modelos de estudio, espejos, sirven a los niños y los padres para estar informados sobre las deformidades dentofaciales y los riesgos debidos a los largos plazos del mantenimiento del hábito .De esta plataforma aparentemente negativa, se presentan pacientes con la reserva mental positiva, y las imágenes visuales de los ideales

dentofaciales esperados de la cesación del hábito y el tratamiento ortodóntico subsecuente.

- 2.- La cooperación del paciente se solicita activamente, con un escrito o por lo menos un compromiso oral.
- 3.- La cooperación paterna se solicita. Los padres sirven como estímulo externo en la administración de la terapia; ellos también amonestan secretamente la succión digital.
- 4.- Identificar las escenas de riesgo, es decir las veces y situaciones cuando es muy probable que el hábito se presente, durante estas escenas la terapia se realiza más agresiva y directa.
- 5.- Identificar las acciones que preceden a la succión digital; esto es importante para el éxito de la inversión de la terapia.
- 6.- Se identifican los factores de molestia, porque si la terapia causa molestia excesiva al niño o la familia, el cumplimiento puede disminuir. Estas molestias se identifican y quitan, o el tratamiento se altera antes de la aplicación.

7.- Se introducen técnicas de verificación. El niño utiliza un calendario para controlar las veces que el niño se chupo el dedo. el niño debe de llevar su calendario a cada visita al dentista.

8.- El niño se instruye para llamar al dentista a ciertos intervalos durante el tratamiento. El intervalo entre las llamadas debe alargarse gradualmente como progreso del tratamiento. Esto es un estímulo secundario que utiliza el dentista hacia la cesación del hábito.

9.- El padre se instruye para supervisar el progreso del hábito del niño. Esto puede ser logrado por la ratificación del calendario.

Paso 3.- Inversión del hábito. Al niño se le enseña algún tipo de respuesta competitiva. asir los dedos y contar hasta 50 siempre que el niño tienda a chuparse el dedo.

Paso 4.- La mayoría de los tratamientos incorporan, algún tipo de recordatorio de hábito

a) Hábito simple: Un retenedor de Hawley, alguna sustancia química en el dedo.

b) Hábito nocturno: vendar un dedo con cintas.

c) Hábito severo: una cuna palatal.

La literatura apoya las siguientes sugerencias sobre la atenuación del estímulo:

Se debe de informar al niño sobre el propósito del tratamiento.

El niño no cooperativo recibe DRO aumentado, debería reforzarse para participar en el programa de atenuación o falta de la succión digital.

Paso 5.- Un DRO aumentado, un refuerzo positivo se proporciona dependiente de o la falta de la conducta u otra conductas como complacencia al tratamiento (por ejemplo: una cinta amarrada al dedo). El horario del premio se debilita gradualmente durante el tratamiento. El refuerzo positivo debe personalizarse para cada niño y debe concentrarse en las escenas de alto riesgo.

Paso 6.- DRO aumentado con las represiones, como se describió anteriormente, se agrega a la terapia de DRO. Las reprimendas

deben ser consistentes y ocurrir inmediatamente en la terapia objetiva.

La aplicación de los pasos del tratamiento depende de la severidad del hábito por el nivel de clasificación. (6)

Aparatos ortodónticos

Trampas

Si un niño no elimina el hábito, es cuando se indica la colocación de un aparato ortodóntico para la corrección del hábito. Si después de esto continúa con el hábito recomendamos la consulta con un psicólogo clínico o con un psiquiatra infantil.

El aparato ideal en la eliminación del hábito no debe:

- Impedir la actividad muscular normal.
- Requerir recordatorios para usarlo.
- Avergonzar al niño al usarlo.
- Complicar a los padres.

LA TRAMPA DE DEDO.

Es una defensa o una pantalla que se suelda a un arco palatino maxilar. Algunos dentistas acostumbran a poner un estímulo en el arco palatino esta variación se denomina "rastrillo". Haryett y sus asociados han demostrado que una trampa palatina se usa por 10 meses es un método eficaz para tratar el hábito de succión digital.

La trampa además de servir como recordatorio al paciente de no chuparse el dedo, también hace físicamente difícil lograr la succión y por lo tanto disminuye la fuerza sobre los dientes anteriores.

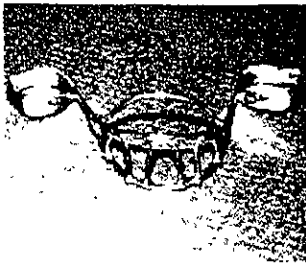
La trampa quita el gusto de chuparse el dedo.

Una vez que el niño ha expresado su decisión de suspender el hábito, el Cirujano Dentista deberá decirle que lo está haciendo para ayudarlo: "La mejor forma que yo conozco de ayudarte para que no te chupes el dedo es darte un recordatorio ortodóntico para que lo uses en tu boca".

Trampa de lengua.

Una trampa lingual maxilar es un dispositivo eficaz para tratar el hábito de succionarse el dedo, el borde inferior de la trampa deberá extenderse hacia el área del cingulo de los incisivos inferiores pero no tocarla. (9)

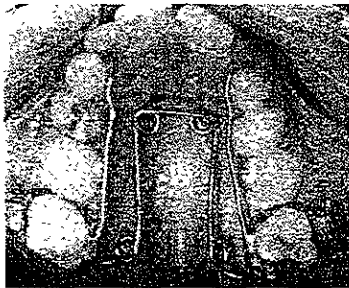
Moyers recomienda el arco lingual con puntas cortas soldadas en ubicaciones estratégicas para "recordarle" al pulgar que se mantenga afuera. Debe estar bien adaptado, sin impedir el funcionamiento bucal normal. (3)



Quad helix

El quad helix es un aparato fijo en comparación con la trampa de dedo, se emplea para expandir arco superior constreñido, las hélices del aparato sirven para recordar al niño el dedo en la boca; este es un

dispositivo versátil pues puede corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito de succión digital.



En consecuencia, a menudo se emplea este aparato cuando existe un hábito de succión y una mordida cruzada posterior.(2)

Triple loop

Es un aparato nuevo y simple que no requiere de ser elaborado por un técnico dental como muchos otros aparatos, puede ser construido doblando un alambre 0.36 haciendo tres círculos consecutivos los cuales se van a soldar a bandas ortodonticas.

Este aparato trabajará si hay overbite significativo y un marcado overjet, No debe interferir con la función mandibular, el dentista debe

visualizar que el triple loop no choque con los incisivos inferiores pues la retrusión funcional se reforzaría.

Para demostrar su validez de aplicación clínica muchos más pacientes tendrán que ser tratados con este aparato, la facilidad de la fabricación del triple loop es una ventaja por encima de los aparatos previamente informados. (10)

PREVENCION

Lo más importante es el equilibrio que debe existir en el ambiente familiar y permitir al niño satisfacer sus necesidades físicas y emocionales para obtener su completo desarrollo.

Se debe estar seguro de que el recién nacido quede plenamente satisfecho física y psíquicamente. Debe sentir compañía y afecto familiar, para no tener que buscar la satisfacción en la succión

Después de cuatro años de edad, se quiere ayudar al niño a eliminar el hábito de dedo. La mejor etapa es cuando él no es infeliz, enfermo, o con nuevas tensiones

Normalmente puede prevenirse si se evita quitar bruscamente el dedo pulgar de la boca del niño.

No comentar en la presencia del niño sobre el descontento que existe acerca del hábito del niño.

Regaños, palmoteos u otros castigos solo harán al su niño aferrarse más al hábito. (11).

Durante las siestas y la noche normalmente es un proceso involuntario. Una técnica para evitar el hábito, es envolver con una venda elástica alrededor del brazo, y una pulgadas arriba del codo. Se colocan mientras el brazo y codo están en posición recta. Cuando el niño intente colocar el dedo pulgar en la boca, la presión en el codo aumenta y le recuerda que regrese el brazo a la posición recta. (12)

CAPITULO V

ENCUESTA

Las enfermedades infantiles pertenecientes a la área odontológica, son muy amplias y variadas. La mayoría se puede prevenir, corregir y en algunas ocasiones se podrán predecir. En el hábito de succión digital muchos de los efectos ya son conocidos.

En el seminario 21° de titulación en odontopediatría. Se levanto un censo para conocer con que frecuencia se presentaba el hábito de succión de dedo en la población infantil. Una vez que se detectaba en el paciente la presencia de hábito de succión digital se aplicaba el siguiente cuestionario.

INDICE DE HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL

PACIENTE No. _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD _____ SEXO: F___ M___

HABITO QUE PRESENTA:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Se muerde el labio: SI _____ NO _____
- 2.- Respirador bucal: SI _____ NO _____
- 3.- Protrusión de lengua: SI _____ NO _____
- 4.- Se muerde las uñas: SI _____ NO _____
- 5.- Presenta bruxismo: SI _____ NO _____
- 6.- Se chupa el dedo: SI _____ NO _____

Pulgar (____) Índice (____) Otro: _____

Tiempo:

Años: _____ Meses: _____

Duración:

Horas _____

Día: _____

Noche _____

- 7.- Cuanto tiempo se le amamanto con pecho: _____
- 8.- A que edad se le quito el biberón: _____
- 9.- Ocupación del padre: _____
- 10.- Ocupación de la madre: _____
- 11.- Quién cuida al niño: _____

Abuelos: _____ Tíos: _____ Otros: _____

Cuanto tiempo: _____

12.- Es hijo único: SI _____ NO _____

13.- Que numero de hijo es: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Otro: _____

14.- Cuantos hermanos tiene que presenten algún hábito: _____

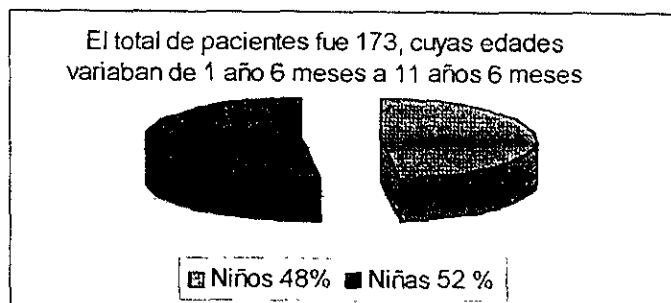
15.- Es alérgico: SI _____ NO _____

16.- Se mete objetos a la boca SI _____ NO _____

17.- Algún otro miembro de familia se ha chupado el dedo. SI _____ NO _____

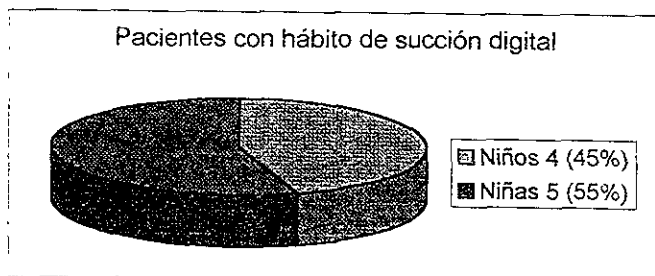
RESULTADOS:

El total de pacientes recibidos durante el 21º seminario de titulación en la clínica de odontopediatría fue de 173 niños cuyas edades variaban desde 1 año 6 meses hasta 11 años 6 meses. De los cuales el 52% correspondió a niñas y 48% a niños.



El 39% de pacientes presentaban malos hábitos orales.

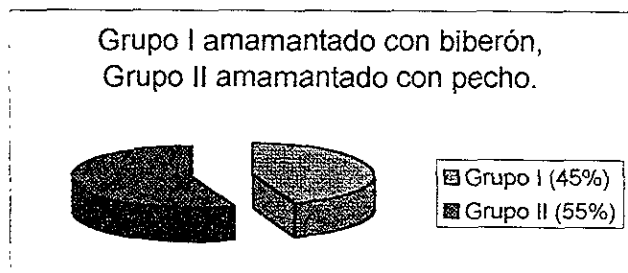
9 pacientes presentaron el hábito de succión digital. En 5 niñas se presentó el hábito de succión digital y 4 correspondió a niños.



Duración: Esta iba desde los 4 meses hasta los 8 años de presentar el hábito.

Frecuencia: Era desde 1 a 8 horas, generalmente era en el día cuando se presentaba el hábito.

De los 9 niños, 4 pacientes no fueron amamantados con pecho, los otros 5 infantes fueron amamantados de 1 a 3 meses de edad. La edad máxima en que los niños fueron alimentados con biberón fue hasta los 3 años 6 meses.



La ocupación se encontró que la mayoría de los padres eran choferes (66%) y la ocupación de la madre era el hogar en un (77%).

Se encontró que el 77% de los niños eran cuidados por sus madres y el 33% restante eran cuidados por sus abuelos en un promedio de 3 horas al día.

El 44% de los casos los pacientes tenían uno o varios hermanos con el hábito de succión digital.

El 100% no presentaba ningún tipo de alergia.

Un 77% aparte de succionarse el dedo, se llevaba algún tipo de objeto a la boca (lápiz, carritos, etc.).

El 55% de los niños tiene un familiar cercano que presento este tipo de hábito.

CONCLUSION.

El estudio del origen del hábito es muy importante para su tratamiento. Hay que diferenciar si verdaderamente se trata de una actividad emocional o de un reflejo condicionado.

Los factores que mantienen el hábito de succión digital lo describen las teorías psicoanalítica y de aprendizaje. La explicación combinada sugiere que eso ayuda a la prolongación del hábito de succión digital en la mayoría de los niños; es un hábito que encontró su apoyo a través de años de refuerzo positivo. La respuesta es, así, una conducta que ha persistido más allá de su utilidad adaptable.

El hábito de dedo denota una actividad significativa apoyada por un poco de perturbación psicológica subyacente causada por un aumento agudo en el nivel de tensión o ansiedad. La terapia directa en el hábito de succión digital en algunos casos es infructuosa. Ya que muchos de los aparatos colocados de primera intención sólo ocasionan frustración al niño.

Una vez que el paciente ha aceptado eliminar el hábito de succión digital puede emplearse los diferentes aparatos ortodónticos ya conocidos, de acuerdo con la intensidad del daño que presentan los dientes y huesos de la cara.

Bibliografía:

- (1) Mc donald C.R., Odontología pediátrica y adolescente. Ed. Medica panamericana; 1987, 744-755.
- (2) Pinkham J.R., Odontología pediátrica Ed. interamericana Mc graw-hill; 1991., 311- 317.
- (3) Sogbe., Conceptos básicos en odontología pediátrica. Ed. Disinlimed; 1995., 575-598.
- (4) Bayardo. C.R., Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Revista ADM. 1995; 22-26.
- (5) Larson. B.E., Thumb - sucking: Literature review. J.Dent.Child.1993. 385 - 91.
- (6) Johnson. E.D. Thumb-sucking: classification and treatment. J.Dent.Child.1993; 392-8.
- (7) Orts L.F, Como somos antes de nacer. Ed. Doyma; 1990.49-50.fig 1, fig 2
- (8) Planas.P, Rehabilitación neuro-oclusal. Ed.Salvat; 1987. 150-151.
- (9) Barber T.K, Odontología pediátrica. Ed. Manual moderno.1985 263-266.

- (10) Viazis A.D, The triple loop corrector (tlc) a new thumb sucking habit control appliance. AM orthod.dentofac. orthop. 1991
- (11) http://family.disney.com/categories/parenting/features/family_0307_01/dony/dony67bathumbsuck/dony67bathumbsuck5.html.
- (12) http://family.disney.com/Categories/Parenting/features/family_0307_01/dony/dony67bathumbsuck/dony67bathumbsuck4.html.

FE DE ERRATAS

PAGINA.	DICE:	DEBE DECIR:
INDICE	Defición de hábito oral	Definición de hábito oral.
25 Tercer párrafo	Si no se alimenta con biberón, sólo ha aprendido a tragar,...	Si no se amamanta de pecho, sólo ha aprendido a tragar,...
52 Segundo párrafo	Se encontró que el 77% de los niños eran cuidados por sus madres y el 33% restante eran cuidados por sus...	Se encontró que el 77% de los niños eran cuidados por sus madres y el 23% restante eran cuidados por sus...