

29

20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“SUCCION DIGITAL”

*Un. Ba.  
1972 +  
Sambora*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

JORGE JESUS ARAUJO NIETO  
JORGE GABINO POO GOMEZ

1986



## **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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

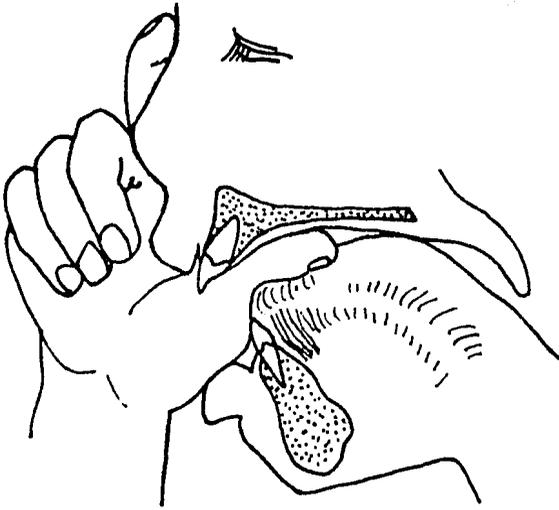
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

## I N D I C E

INTRODUCCION	0
DEFINICION DE HABITO	1
SUCCION DIGITAL: ¿ HABITO O SINTOMA?	3
REFLEJO DE SUCCION	4
ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL	8
Problema visto por los padres	
Problema enfocado por el odontopediatra.	
Problema encarado por los niños.	
MEDIOS CORRECTIVOS DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL.	18
Método psicológico	
Educación audiovisual del paciente.	
MEDIOS DE CONTENCIÓN Y APARATOS PREVENTIVOS	20
Métodos extrabucales	
tela adhesiva	
protector de hule rígido	
Métodos intrabucales.	
placa de acrílico tipo hawley	
arco palatino con ventana o enrejado	
arco palatino con picos	
RELACION ENTRE SUCCION DIGITAL Y MALOCLUSION	26
MÉTODOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO	29
OTROS HABITOS BUCALES PERNICIOSOS	31
Respiración bucal.	
Bruxismo.	
Mordedura de uñas.	
Hábito de postura.	
Hábito masoquista.	

Empuje de frenillo.  
Hábito de presión de labio y lengua.

CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON HABITOS	38
CONCLUSIONES	40
RESUMEN	42
BIBLIOGRAFIA	43



## INTRODUCCION

El hábito de succion digital así como los hábitos asociados a él pueden traer consigo problemas no solo dentales sino sociopsicológicos que deberán ser resueltos en forma armónica para poder así, brindar al paciente un estado de salud favorable. Para éstos es necesario tener conocimientos de las causas o factores que inducen al niño a este hábito.

Saber manejar el material educativo es muy importante ya que por si solo llega a resolver problemas de éste tipo en algunos casos.

El problema de los hábitos es extenso ya que en muchos casos envuelve más de lo que el dentista por si solo puede resolver. Estos hábitos tienen una gran variedad en cuanto a grados de intensidad y complejidad. Los hábitos de complejidad menor pueden ser tratados por el odontopediatra con buenos resultados, pero en cambio en los casos que éstos se presentan con un índice de problemática mayor el odontopediatra deberá trabajar en equipo con el ortodoncista, otorrinolaringólogo, pediatra o psiquiatra tratando así de resolver el caso con el mínimo trauma psicológico del paciente.

### DEFINICION DE HABITO

HABITO:- Es la práctica o costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie, los cuales pueden ser causa de presiones desequilibradas y dañinas.

### CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES

Se clasifican en:

No compulsivos.

#### Hábitos Bucales

Compulsivos

Hábitos bucales no compulsivos: Son los hábitos que se adoptan y se abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar. Este.

Hábitos bucales compulsivos: Cuando el niño ha adquirido una fijación acude a la práctica de este hábito, si siente inseguridad por algún evento ocurrido en su mundo. Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito, el cual expresa una necesidad emocional profundamente arraigada.

El hábito es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

### FACTORES CONSTANTES PRINCIPALES:

Tanto en los hábitos bucales compulsivos como en los no compulsivos se han observado los siguientes factores constantes:

- a).- Suspensión prematura del amamantamiento o de la botella.
- b).- Restricción del tiempo de amamantamiento.
- c).- Cambios bruscos en los horarios, con aumento en los intervalos y reducción del tiempo de alimentación.

SUCCION DIGITAL ¿HABITO O SINTOMA?

Hay dos teorías principales:

Teoría psicoanalítica: Nos lleva a pensar que la succión digital es una actividad sexual y un síntoma de desequilibrio emocional y juega un importante y directo papel en el hábito en cuanto a producir ciertas -- substituciones sintomáticas, tales como tartamudeo, - masturbación y tendencias antisociales.

Teoría de patrón de comportamiento: Esta teoría analiza el hábito de succión digital crónico, como un simple hábito aprendido que no ha sido correctamente extinguido. La teoría predice que no habrá síntomas de substitución, si el hábito es extinguido de acuerdo a las leyes de aprendizaje, o sea que se le eliminará por medio de métodos actualmente comprobados. Ejemplo de ellos son las diferentes barras palatinas.

En contradicción con teorías anteriores que justifican este hábito por ser un reductor de la ansiedad de los niños, la teoría de patrón de comportamiento parece estar de acuerdo con la idea de que el hábito sirve para aumentar la ansiedad en vez de reducirla.

### REFLEJO DE SUCCION

Al nacer el niño ha desarrollado un patrón complejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de -- succión. Incluso antes de nacer se han observado -- fluoroscópicamente en el niño contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Esta temprana organización del niño permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella como lo demuestran los reflejos de -- succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad, la necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque estos dos reflejos en el niño y en situaciones iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión, hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha oído y visto a distancia. A pesar de la mala coordinación de los dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos - posibles hayan sido llevados a la boca para ser lamidos y gustados y efectivamente examinados, por me

dio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo. Si la sensación producida es desagradable lo escupe. El -- instinto de llevar a la boca un objeto bueno se deno-- minará introyección. El rechazo del objeto malo se -- denominará proyección. En este momento podemos obser-- var la elaboración y acentuación del comportamiento-- bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del novato. Estas pruebas bu-- cales evidentemente no sólo sirven para aliviar la -- tensión del hambre experimentada por el niño, si no-- también son un medio de probar con los sentidos dis-- ponibles lo que es bueno o malo.

Los objetos introducidos en la boca, especialmente -- si son calientes o blandos traen asociación de ali-- mento y bienestar pasados. Utilizando estas expe-- riencias satisfactorias se da a sí mismo cierta sa-- tisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre y otro malestar al introducir el dedo o -- pulgar por la boca.

El pulgar mantenido en la boca y también la necesi-- dad de agarrarse a algo. La lactancia natural lleva-- asociada sensaciones de gratificación, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia ade-- lante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua

y el labio inferior se encuentran en contacto constante, la mandíbula se desplaza rítmicamente hacia abajo y arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del succionador se refleja en forma alterada.

El niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y mimos de la madre aumentan la sensación de euforia. La lactancia artificial con tetillas de caucho, en cambio, sólo provocan el contacto con la membrana mucosa de los labios (bordermellón), no se presenta el calor dado por el seno y cuerpo materno y la acción de succionar, es reemplazada por la de chupar, que requieren una menor acción muscular y se reduce el tiempo de lactancia, además el niño ingiere mayor cantidad de aire por lo que deberá ser eructado con mayor frecuencia.

Un estudio realizado por computadora sobre niños alimentados de forma natural, artificial y combinada, --apoya la observación de Anderson, de que los niños --alimentados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y se conservan menos mecanismos infantiles.

Traisman y Traisman en 1958, hicieron un estudio de -

2650 lactantes y observó a niños de más edad desde el nacimiento hasta los 16 años. Se observó que el 40% de ellos succionaban sus pulgares en alguna etapa de este período; de estos, 25% empezaron en su primer año de vida, en promedio la mayoría había -- abandonado el hábito al llegar a los 4 años de edad. Existían algunos, sin embargo, que habían continuado el hábito hasta una edad tan avanzada como 12 o 15 años.

En un estudio realizado por Rahosi en 1959, de 693 niños considerados como succionadores del pulgar, -- 60% de ellos habían abandonado el hábito después de 2 años. La mayoría de este grupo presentaba oclusión normal. De los 413 niños restantes de este mismo grupo, presentaban algún tipo de maloclusión y se encontró que habían continuado su hábito de succión de dedo más de 4 años. Esto llevó al investigador a concluir que la succión digital podía ser un factor causal de maloclusión, especialmente en la segunda clase. Sin embargo, en muchos de estos casos se observó que cuando se abandona el hábito, la dentadura permanente se normaliza gradualmente y los efectos continuos causados por presiones continuas iniciales sobre los dientes y maxilares parecían tener poca importancia.

### ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL

La succión digital es una de las primeras manipulaciones conocidas del organismo. De hecho se han reportado casos raros en infantes que nacen con dicho hábito, es lo que llamamos hábito de succión digital congénito.

De acuerdo con Levy, el hábito de succión digital congénito podría ser explicado como un acto reflejo debido a que durante los movimientos fetales, los dedos tocan los labios accidentalmente y la posición fetal favorece la inserción de los mismos, permitiendo la succión prenatal.

Estos hechos fueron observados por Ninkousky en fetos de 2 a 5 meses de edad; sin embargo, la incidencia de succión digital congénita es tan rara que carece de valor clínico.

El hábito de succión digital casi siempre se adquiere durante el primer año de vida, y podrá ser calificado como un impulso fisiológico ya que en la primera etapa de la vida, el recién nacido tiende por instinto a llevarse todos los objetos a la cavidad oral.

Aunque cualquier dedo puede ser succionado, es indudable que el pulgar es el más frecuente, por eso se emplea el término de succión pulgar.

Linder fue quien primero observó que en un número relativamente pequeño de casos, la succión acompañada de

otras manipulaciones con la mano desocupada ("movimientos accesorios"), ejercía con la otra mano presión sobre las áreas genitales, o bien, se jalaba el pelo, acariciaba el lóbulo de la oreja, etc.

Algunos niños succionan indiscriminadamente el pulgar derecho o izquierdo mientras otros se concentran en uno solo.

Algunos niños efectúan la succión digital casi ininterrumpidamente y otros prefieren hacerlo antes de dormir. La succión digital puede ser ocasionada por hambre, fatiga, hastío, vergüenza, etc., pero de hecho las madres lo interpretan como señal de que el niño tiene sueño.

De acuerdo con Gessel, puede asociarse con sentimientos de hambre durante las primeras semanas de vida, para desaparecer temporalmente.

Por razones de desarrollo postural, las manos no pueden ser llevadas a la boca fácilmente pero en el 3er. mes los puños son succionados antes y después de los movimientos.

En el cuarto mes la succión se prolonga todo el día, tal vez porque el niño siente la irritación dolorosa que procede a la erupción de la primera dentición.

La frecuencia de succión digital ha sido calculada en porcentajes muy diversos.

Linder nos habla de un 12% mientras que Buhler menciona entre los 12 y 13 años la succión digital está causada por insuficiencia de los movimientos labiales o interrupción del tipo de alimentación (amamantar, botella o una combinación de ambas).

Orlansky dijo lo siguiente:

Una relación adecuada entre succión digital y privación oral parece ser:

- 1).- La succión digital frecuentemente es el resultado de privaciones succionales previas. (en el niño que desea ganar un placer, que se le ha negado).
- 2).- Puede también resultar de gratificaciones excesivas (el niño deseoso de perturbar o revivir un placer con que ha sido gratificado).
- 3).- Puede no estar asociado ni con la deficiencia ni con el exceso si no con una experiencia de succión enteramente normal.

Langford, explica que la técnica de alimentación es tan importante desde el punto de vista del niño como la cantidad de alimento recibida.

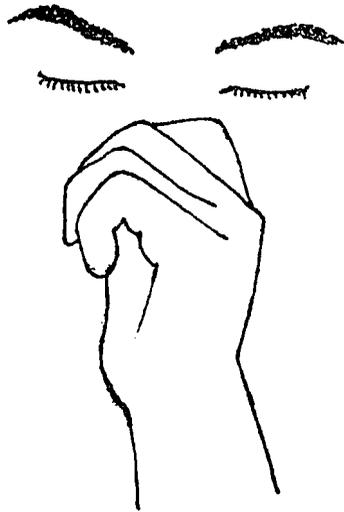
Muchas madres, por su comodidad, en vez de sostener la botella la inclinan por medio de almohadas, de tal manera que el niño pueda comer solo, ante lo cual este reacciona con una privación emocional resul

tante de la ausencia de la madre.

Otro error obviamente es cuando se les forza a comer, más de lo que necesitan, hecho del que Freud habló como "un modelo de manifestaciones sexuales infantiles".  
Escribió: "No todos los niños se chupan el dedo. Se podría decir que sucede sólo a los niños para los que la zona labial tiene un sentido erótico. De no ser interrumpido este hábito se despertarán tendencias posteriores de grandes deseos de fumar y beber".

Muchas mujeres que tienen problemas al comer tales como: hastiarse de la comida fácilmente, atragantamiento y sensaciones de vómito, han sido consideradas energéticas succionadoras digitales en su infancia.

Asímismo se ha dicho que existe una amplia relación en pacientes de ambos sexos afectos a la masturbación.



EL PROBLEMA VISTO POR LOS PADRES:

- a).- Los padres se presentan en el consultorio dental, buscando un consejo y la solución al problema que su hijo se está ocasionando al chuparse el dedo en forma compulsiva.
- b).- Los padres relacionan a la mayoría de las veces la protrusión de los dientes anteriores, superiores, primarios o permanentes, con el hábito de succión digital.
- c).- Los padres muestran angustia con respecto a la distorción que sufre la nariz al ser aplastada frontal o lateralmente por el dedo índice, cuando el niño succiona el pulgar.
- d).- Otro motivo de preocupación viene cuando el niño además de chuparse el dedo, se mete el labio por debajo de los dientes anteriores superiores y constantemente tiene los labios partidos.
- e).- Dicen los padres que cuando el niño se chupa el dedo, se aísla de todas las actividades de su edad y no participa con el entusiasmo que debería en las actividades intelectuales de la familia.
- f).- Después de varios intentos fallidos por detener dicho hábito en el hogar, los padres se dan cuenta que el niño se esconde en algún lugar de la casa para chuparse el dedo.

- g).- Hay enfrentamientos a nivel intelectual tratando de hacerle ver al niño el daño que se ocasiona al chuparse el dedo. Es frecuente ver la frustración de los padres al no conseguir disuadir al menor de romper el hábito de éste se traduce en insultos y amenazas resolviéndolo finalmente a golpes por parte de los padres.
- h).- Al intensificar los padres sus esfuerzos para detener esa costumbre, se tornan más fuertes -- las reacciones y la fijación en los niños. Intentan controlar el problema usando sustancias amargas, colocándole yeso en la mano, chile, poniendo aparatos especiales diseñados por casadentales, etc.
- i).- Hay padres que no creen que exista un problema real, pues el succionar el dedo representa una necesidad psicológica que el niño va a eliminar por sí solo.
- j).- Algunos padres piensan que chuparse el dedo está directamente relacionado con falta de afecto hacia el niño.
- k).- Otros se preguntan si es por falta de alimentación o exceso de ella.
- l).- A veces creen que es consecuencia de que el niño fue amamantado por medio de un biberón durante sus primeros meses.

- m).- En otras ocasiones piensan que el hábito es debido al nacimiento de un hermanito o de algún hecho que altera la vida familiar en forma drástica (divorcio de los padres, muerte de un ser querido, o de un animal estimado).
- n).- Otros padres relacionan este hábito con inseguridad en el niño, sobre todo si éste es mayor de 8 años.

Este estudio se hizo de una encuesta de 700 familias en cuyo seno hay uno o más niños con hábito de succión digital después de los 3 años de edad.

#### EL PROBLEMA ENFOCADO POR EL ODONTOPEDIATRA

La mayoría de las veces, el pediatra se encuentra tan confuso como los padres respecto al significado que la succión digital puede tener en la vida emocional o en el aspecto físico de niño. Generalmente el pediatra apoya sus decisiones en su particular experiencia o en lo que la literatura psiquiátrica ha publicado al respecto.

Generalmente la actitud del pediatra en nuestro medio es la de tranquilizar a los padres con respecto a la "normalidad" del acto durante los primeros años de vida. Si el hábito persiste después de los 3 años de edad y los padres insisten en una solución al problema, la actitud del pediatra en términos generales es la de

buscar soluciones con la ayuda del psicólogo y cirujanos dentistas.

El Dr. Langford en 1939 escribió:

"El pediatra encuentra difícil ayudar a los padres que vienen a él en busca de soluciones al problema de succión oral de sus hijos, pues tienen la necesidad de saber el significado del hábito a diferentes edades. El pediatra necesita saber cuales son los daños que esta costumbre causa y si es que resulta - alguno, asimismo necesita saber cuales son los factores que motivaron el desarrollo del hábito y también necesita conocer cuando tomar medidas y cuando no tomarlas, para resolver y manejar la situación adecuadamente.

El cirujano dentista debe analizar lo siguiente:

- 1.- ¿Tiene el paciente más de 3 años de edad?
- 2.- ¿Está el niño condicionado por su edad y capacidad de discernimiento para entender el posible daño que puede causarse al permitir dicha costumbre?
- 3.- ¿Se presenta el fenómeno de forma constante durante todo el día?
- 4.- ¿Esta esto causando una mala oclusión?
- 5.- ¿Están los padres dispuestos a utilizar medios ortodónticos para detener el daño?

- 6.- ¿Está en buenas condiciones de salud mental el paciente?
- 7.- ¿Está este hábito causando la formación de nuevos hábitos?
- 8.- Ha manifestado el niño espontáneamente su intención de eliminarlos?

PROBLEMA ENCARADO POR LOS NIÑOS

Las siguientes impresiones fueron recogidas de niños entre los 3  $\frac{1}{2}$  y los 17 años de edad, con problemas del hábito de succión digital.

En niños hasta 7 $\frac{1}{2}$  años de edad oímos:

- Sólo me chupo el dedo cuando duermo.
- Ya no me lo chupo tanto.
- Ya no me lo chupo porque no quiero parecer conejo.
- Ya no me lo voy a chupar.
- Sólo cuando veo la tele.

En niños mayores de 7 $\frac{1}{2}$  años de edad tenemos:

- No me doy cuenta.
- Me chupo el dedo porque me gusta.
- Me lo chupo sin querer.

MEDIOS CORRECTIVOS DEL HABITO DE SUCCION

DIGITAL

Para que su tratamiento destinado a erradicar el hábito bucal pernicioso tenga éxito o para colocar un aparato, debemos tener como base la preparación psicológica del paciente y el apoyo de los padres.

METODOS PSICOLOGICOS

El odontólogo debe ganarse la confianza del niño - a base de estímulos positivos para que se lleve a cabo el tratamiento y se termine. Los padres deben ayudar en este aspecto dándole otros estímulos en casa.

Antes de colocar cualquier aparato en la boca, el paciente debe estar completamente de acuerdo con él, y se le debe enseñar el mal que se ha hecho o que puede llegar a causarse en caso de continuar con el hábito. Posteriormente se le deben poner -- ejercicios que le mostrarán como hacer los movimientos bucales correctamente. Si el niño no está preparado para que se le coloque el aparato, puede sentirlo como un instrumento de castigo, pudiendo cambiar su conducta y volviéndose un niño triste e irritable. Estos aparatos nos servirán como un refuerzo que le ayudará a recordar que no debe conti

nuar con ese hábito.

Otra ruta será usar métodos audiovisuales y explicarle acerca de los métodos de contención enseñándole dos de estos medios para que, si considera adecuado, el escoja uno de ellos.

EDUCACION AUDIOVISUAL DEL PACIENTE

El hábito de succión digital puede ser resuelto --- con la combinación de un buen material educativo y un apropiado sistema para el empleo del mismo.

Hay que explicarle tanto a los padres, como al in---fante el por qué del problema y el cómo de su solución. El material audiovisual educativo consta de:

a).- Modelos de estudio.

Los modelos de yeso nos ayudan a mostrar las mordidas abiertas y otros tipos de maloclu---sión que esté en conexión con el problema que presenta nuestro paciente, y así poder moti---varlos para que interrumpa su hábito.

b).- Diapositivas y Películas.

Nos permite mostrar al paciente con una se---cuencia gráfica de lo que los hábitos pueden causarle. También se pueden usar dibujos animados en caso de pacientes de muy corta edad.

El empleo de este tipo de material brinda excelen---tes resultados de motivación.

MEDIOS DE CONTENCION Y APARATOS PREVENTIVOS

Podemos mencionar algunos de éstos:

- 1.- Tela adhesiva en los dedos que el niño succiona.
- 2.- Protectos rígido de hule para el dedo pulgar.

- 3.- Placa removible de acrflico tipo Hawley.
- 4.- Arco palatino, con ventana o enrejado.
- 5.- Arco palatino con picos.

METODOS EXTRABUCALES.

1.- Tela adhesiva.

Esta se coloca en el dedo "culpable" y el vecino uniéndoseles antes de que el niño vaya a acostarse. En el caso de que se la quite repentinamente durante la noche, ya sea consciente o inconscientemente, debemos cambiarlo por otro tipo de aparato, procurando que sea del tipo fijo.

Si el procedimiento resulta exitoso, le diremos a las madres que se lo pongan durante el día, pero únicamente en el dedo que suele chuparse.

Debemos tener cuidado de que la tela adhesiva no esté colocada con una presión excesiva, pues la finalidad es concientizar el hábito.

2.- Protectos de Hule Rígido.

Este método se usa más frecuentemente en niños menores de cinco años. Tiene varias desventajas: mal diseño, los bordes pueden lastimar la mano del niño, sólo sirve para controlar un dedo, a veces el niño al verse imposibilitado a chuparse su dedo "favorito", opta por empezar con el de la otra mano.

METODOS INTRABUCALES,

Placa de acrílico tipo Hawley, es un excelente recordatorio para el niño que está dispuesto a usarlo. La

medida del éxito esta dada por el uso, que se puede apreciar cuando el menor viene a sus revisiones periódicas y en la frecuencia con que pierde el aparato se entiende que a mayor número de pérdidas, menor uso.

### ARCO PALATINO CON VENTANA O ENREJADO

Consiste en 2 bandas cementadas a los segundos molares primarios superiores, soldado a éstas un arco palatino. Este a su vez en la región intercanina tiene una ventana o reja soldada, dirigida en sentido lingual. Esta reja no deberá interferir ni en la oclusión, ni en la masticación.

Es muy eficiente y sirve para controlar el hábito de lengua, comunmente asociado a la succión digital.

El único problema es que temporalmente va a interferir con la correcta dicción y masticación de alimentos.

### ARCO PALATINO CON PICOS

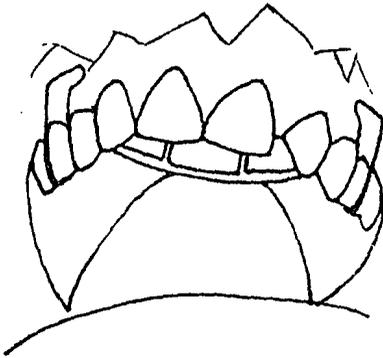
Pueden ser fijos, con coronas de acero-cromo o bandas-cementadas en molares, unidas con un arco palatino al que se agrega a la sección anterior, unos espolones o gibas que impiden que el dedo se adose al paladar.

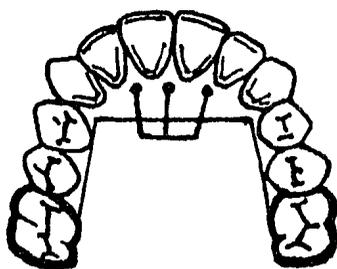
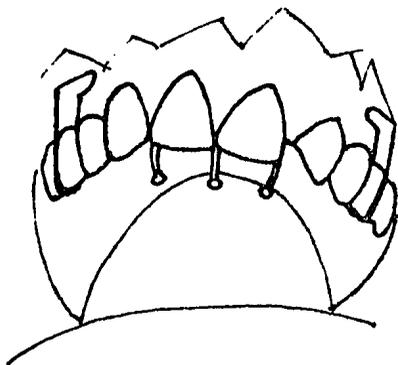
### REMOVIBLE

Consta también de gibas o espolones colocados en la zona de las rugas palatinas en una placa de acrílico adsada al paladar con ganchos en molares.

La acción de estos aparatos consiste en volver desagradable el hábito, al romper la succión se evita la presión ejercida sobre el segmento anterior y distribuyen la presión a las fuerzas posteriores y ayuda a corregir

el acto de la deglución al cambiar la posición de la -  
lengua, al realizar este acto en boca dependerá de ca-  
da paciente.





RELACION ENTRE SUCCION DIGITAL Y MALOCCLUSION

Generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de las piezas permanentes, - no existe gran posibilidad de lesionar al alineamiento y la oclusión de las piezas.

Cuando el hábito persiste durante el período de la dentición mixta (6 años a 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes. Estas dependen de la gravedad de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

El desplazamiento de las piezas a la inhibición de su erupción normal puede ser causa de dos factores:

- 1).- De la posición del dedo en la boca.
- 2).- De la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera, si además de succionar presiona contra las piezas.

Al mal alineamiento de las piezas casi siempre produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobre mordida horizontal y abre la mordida; y de seguir la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Sped de las piezas mandibulares anteriores.

Según el hábito puede haber tendencia a producir una -

sobreerupción en las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mordida abierta, la prominencia resultante de los incisos superiores permanentes, empujados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje.

El músculo mental se puede contraer marcadamente comprimiendo hacia adentro el labio inferior al deglutir. El labio superior al deglutir puede deslizarse hacia arriba y sellar en lingual a los anteriores superiores no en labial como es común, asentando la sobremordida horizontal perpetuando la mordida abierta y la protusión labial superior.

Esto se produce a causa de la contracción del mentalis, al deglutir lo que adhiere fuertemente el labio inferior a las superficies labiales de las piezas anteriores inferiores. Estando en contacto al mismo tiempo el labio inferior con las superficies linguales de las piezas anteriores superiores, con algo de fuerza durante la fase final del espasmo de deglución.

Esta fuerza sobre las piezas generada por la musculatura peribucal puede perpetuar la maloclusión aun después de la desaparición del hábito.

El hecho de que un niño tenga una maloclusión segunda clase primera división y casualmente también succiona el pulgar, no quiere decir con ésto, que la succión digital sea la causa de la maloclusión. Deberá conservase también la herencia.

### MÉTODOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

El procedimiento completo implica que los padres estén de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del --- odontólogo en casa:·

- 1).- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).
- 2).- No criticar al niño si el hábito continúa.
- 3).- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si se --- abandona el hábito.

### MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO ESTRUCTURALES:

Algunos de éstos son utilizados con éxito por unos --- odontólogos y no consiste en aplicación de instrumentos en la boca del niño y son:

- Recubrir el dedo del niño con sustancias de sa-- bor desagradable.
- Tela adhesiva al dedo afectado.
- Protector de hule rígido.

Instrumentos para eliminar hábitos nosivos:

La mayoría de éstos son fabricados por el odontólogo-- y colocados en la boca del niño con o sin permiso de - éste. Son considerados por el niño instrumentos de cas tigo. Pueden producir trastornos emocionales añadiendo un complejo de "culpabilidad" al hábito original.

Las siguientes 15 preguntas se las debe hacer el odontólogo antes de colocar algún instrumento en la boca del niño:

- 1.- Comprensión del niño: ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar instrumentos? ¿Quiere el niño que le ayuden?
- 2.- Cooperación paterna: ¿Comprenden ambos padres lo que está usted tratando de hacer y le han prometido cooperación total?
- 3.- Relación amistosa ¿Ha establecido una relación -- amistosa con el niño, de manera que en la mente -- de éste exista una situación de "recompensa" en -- vez de una sensación de "castigo".
- 4.- Definición de la meta: ¿Han elegido los padres -- del paciente y usted una "meta", definida en térmi -- nos de tiempo y en forma de un premio material -- que el niño trata de alcanzar?
- 5.- Madurez" ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, -- que puede producir ansiedades a corto plazo?

OTROS HABITOS BUCALES PERNICIOSOS

RESPIRACION BUCAL.

Es frecuente encontrarnos con niños que respiran por la boca. En una clasificación las causas de respiración bucal podrán ser:

- 1.- Por obstrucción.
- 2.- Por anatomía.
- 3.- Por hábito.

1.- OBSTRUCCION: Si se presenta una resistencia incrementada o completa del flujo del aire através de conducto nasal. Ante la dificultad de inhalar y exhalar aire, el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

Los casos de obstrucción respiratoria són más frecuentes en niños ectomórficos cuyos espacios nasofaríngeos son estrechos, que en individuos braqueocefálicos que presentan espacios nasofaríngeos amplios.

La obstrucción nasal puede ser causada por :

a) Hipertrofia de los turbinatos a causa de alergias infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

b) Desvfo del tabique nasal con bloqueo del conducto nasal.

c).- Adenoides agrandado. El tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, por lo cual no es raro que niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Si el proceso fisiológico normal causa la contracción del tejido adenoideo, la respiración bucal puede corregirse por sí sola al crecer el niño.

2.- Anatómicas: En este caso la causa principal es un labio superior corto que no le permite cerrar por completo sin tener que realizar grandes esfuerzos.

3.- Hábito: Cuando ya eliminada la obstrucción, el niño continúa respirando por la boca, entonces podemos hablar de un hábito.

Es esencial distinguir a cual de estas categorías pertenece el niño, observando cuidadosamente a los niños que por tener un labio superior mantiene los labios separados constantemente.

#### BRUXISMO.

El bruxismo es un hábito generalmente nocturno, aunque también se puede observar durante el día estando el niño despierto. Podemos definirlo como el rechinar rítmico y de lado a lado de los dientes. El razonamiento puede ser tan fuerte que puede oírse a distancia.

Frecuentemente se asocia a una sobre mordida de excesiva o a una desarmonía oclusal, aunque su causa precisa es desconocida, se cree que puede tener una base emocional ya que se ha observado que en niño nerviosos e irritables, tienden a rechinar los dientes. Estos niños generalmente sufren ansiedades y duermen intranquilos, si además presentan puntos de contacto prematuros o una sobremordida profunda es posible que éste hábito se "dispare".

Puede encontrarse asociados a otros hábitos como la succión de todos o la mordedura de uñas. También se ha observado en enfermedades orgánicas como: corea, Epilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales.

### MORDEDURA DE UÑAS

Este hábito se desarrolla generalmente después de la edad de la succión, se ha observado en estudios que aproximadamente el 80% de los individuos estudiados, se muerden o se mordieron las uñas. Este hábito no ayuda a producir maloclusiones ya que las fuerzas ejercidas por la mordedura de uñas son semejantes a las fuerzas de la masticación. Sin embargo, en casos en los que había presencia de impurezas debajo de las uñas, los individuos sufrieron atrición de los dientes anteriores.

### HABITO DE POSTURA.

No se ha comprobado que las malas posiciones, sean un factor etiológico primario de las maloclusiones y se dice que la mala oclusión y la mala postura pueden ser resultado de una causa común y que la mala postura puede acentuar una maloclusión existente.

### HABITO MASOQUISTA.

Es raro encontrar niños con hábitos masoquistas, uno de ellos es enterrarse las uñas en las encías llegando a descubrir con el tiempo los tejidos subyacentes.

### EMPUJE DE FRENILLO

Se presenta cuando los incisos superiores están separados a cierta distancia y el niño traba su frenillo labial entre ambos y lo deja en esta posición durante varias horas.

El resultado de la repetición constante de este hábito será el desplazamiento de los dientes. Este caso es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

### HABITO DE PRESION DE LABIO Y LENGUA

Este hábito se encuentra asociado frecuentemente al de succión digital, con el aumento de la sobremordida horizontal se le dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión relativa requerida para la deglución normal, el labio inferior se coloca detrás de los incisos superiores y se proyecta contra la superficie vestibular de los incisos inferiores por la actividad normal del músculo borla de la barba.

El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal, éste pertenece hipotónico sin función y parece ser corto o retraído. A esto se le denomina postura de descanso incompetente del labio, debido al in-

tento de crear un cierre labial, existe una fuerte -  
contracción del orbicular y del complejo del mentón.  
Durante la deglución de su desarrollo, la lengua se-  
proyecta para ayudar al labio inferior en la deglu-  
ción. La lengua ejerce en algunas zonas fuerzas has-  
ta 4 veces más fuertes que las fuerzas opuestas crea-  
das por los labios, al perder el labio superior su -  
capacidad reactiva, la lengua ayudada por el labio  
inferior, ejerce una poderosa fuerza hacia arriba y-  
adelante sobre el segmento premaxilar empeorando la-  
maloclusión. Al ocurrir esto las fuerzas de compensa-  
ción muscular peribucales son mayores. Este circulo-  
vicioso se repite con cada deglución, creándose ----  
grandes fuerzas deformativas sobre las arcadas denta-  
rias.

El chuparse el labio inferior o la lengua sustituye=  
el placer obtenido al chuparse el dedo. Con frecuen-  
cia adquieren el hábito de proyectar la lengua y chu-  
par a manera de émbolo, similar al acto de mamar im-  
pidiendo la correcta ejecución del acto de deglución.  
Con la erupción de los incisivos, la lengua no se re-  
trae como debería y continúa proyectándose hacia ade-  
lante.

Esta proyección hacia adelante, aumenta la sobremor-  
dida horizontal y la mordida abierta, las porciones-  
periféricas ya no descansan sobre las cúspides lin--

guales de los segmentos vestibulares. Los dientes -  
posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el  
espacio libre interoclusal. La dimensión vertical -  
de descanso y la dimensión vertical actual se igua-  
lan con los dientes posteriores en contacto en todo  
momento. Un efecto colateral puede ser el bruxismo-  
o la bricománfa, otro es el estrechamiento bilate--  
ral del maxilar superior, al descender la lengua en  
la boca proporcionando menos soporte para la arcada-  
superior.

Clinicamente se observa una mordida cruzada bilate--  
ral, como un desplazamiento por convivencia hacia un  
lado o hacia el otro al desplazarse la mandíbula la-  
teralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante el efecto del tamaño o función de la -  
lengua sobre la dentición. También es posible que la  
presencia de amígdalas grandes y adenoides, contribu-  
yan a la posición anormal de la lengua. Sea cual sea  
la causa, el resultado final es la mordida abierta -  
permanente, maloclusión o patología de los tejidos -  
de soporte.

CUESTIONARIO DE GRABER PARA PACIENTES CON HABITO

Paciente..... Edad..... Sexo.....

Tipo de hábito.....

Alimentación Infantil.

a).- Pecho..... Por cuanto tiempo.....

b).- ¿Cuando se le pasó a la botella.....

c).- Botella..... ¿Cuando se le pasó a la taza.....

Hábitos de sueño:

a).- Siestas, regularidad, duración, etc.....

b).- De noche, cantidad de horas, frecuencia de las interrupciones, normalidad, etc.....

Temores desusados.....

Hábitos y adiestramiento de esfínteres.....

Hábitos alimenticios.

Condiciones en el hogar:

a).- Hermanos: Número y edad.....

b).- Temperamento de la madre.....

c).- Temperamento del padre.....

d).- Otras personas en el hogar.....

e).- Ocupación de la madre.....

f).- Ocupación del padre.....

**Adaptación escolar:**

- a).- Dificultades sociales.....
- b).- Hábitos de juego.....
- c).- Dificultades de aprendizaje.....

**Salud General del niño:**

- a).- Enfermedades principales de la infancia.....
- b).- Número de resfrios y trastornos menores de 1 año...
- c).- ¿Cuándo se enferma el niño? ¿En invierno, verano, -  
todo el año.....

**Respuesta bajo estrés:**

- ¿A qué edad se inicia el hábito?.....
- ¿Ha sido interrumpido desde entonces?.....

- a).- Es diurno, nocturno o ambos.....
- b).- Mientras ve televisión.....
- c).- Frecuencia, persistencia, intensidad.....

¿Qué modos han sido utilizados para quebrar el hábito?..  
.....

¿Ha sido el niño retado por el hábito, por la familia o  
por extraños?.....

Hábitos similares o historia de hábitos en otros miem-  
bros de la familia .....

**Actitud hacia la terapéutica:**

- a).- Quiere el niño interrumpir la terapéutica?.....
- b).- Quieren los padres que se le haga un aparato?.....
- c).- Conoce el niño el propósito de la visita?.....

## CONCLUSIONES.

Después de haber realizado esta investigación sobre el hábito de succión digital, presentamos las siguientes conclusiones:

El hábito de succión digital no es innato ni hereditario sino aprendido, se ha considerado que hay una estrecha relación entre el tipo de alimentación recibida en los primeros meses de vida y en la forma que ésta fue suministrada. Aumenta paralelamente con las contramedidas tomadas por los padres, si bien está ligado con una inseguridad de parte del niño, el incremento de ésta puede ser una causa de afianzamiento del hábito.

No parece estar relacionado con deficiencias intelectuales, ni que sea una manifestación sexual infantil.

Muchas veces se acompaña de hábitos a accesorios. La frecuencia y duración de la succión es individual en cada caso, por lo que no se puede generalizar al respecto.

Este hábito también puede ocasionar problemas de maloclusión, como mordidas abiertas, que van directamente relacionadas con el hábito de lengua, mordidas cruzadas, sobre mordidas horizontales y una gran tendencia a maloclusiones clase II.

Entre las manifestaciones digitales producidas por este hábito están las callosidades, la resequedad cutánea y las alteraciones anatómicas. El plan de tratamiento depende de la intensidad, duración, frecuencia y modo del hábito, así como de la edad y el tipo de personalidad del paciente.

El pronóstico dependerá de la severidad del caso y de la colaboración, tanto del niño como de sus padres para la corrección del mismo.

RESUMEN

En este trabajo abordamos el problema del hábito de succión digital desde el punto de vista psicológico como del de salud buco-dental, analizando las diferentes opiniones que han dado lugar a la gran controversia de este tema.

Tratamos de encontrar solución a este problema estudiándolo aisladamente o en conexión con otros hábitos, así como por otras rutas pudiendo ser éstas tanto educativas como de carácter aparatológico.

B I B L I O G R A F I A .

Finn Sidney B. ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Edit. Interamericana 1976'

Braham Morris. ODONTOLOGIA PEDIATRICA'

Edit. Médica Panamericana

Buenos Aires 1984.

Kameta T. Angel. ODONTOPEDIATRIA

Edit. Resendiz 1982.

Davidson, P.O. THUMBSUCKING: HABIT OR SYMPTOM?

J. Dent. for Child, 1967'

Rotberg J. Saul, D.D.S.M.S.D.

EL CONTROL CLINICO EN EL HABITO -

DE SUCCION DIGITAL. Rev. A.D.M.

marzo-abril 1972.

Rotberg J. Saul D.D.S.M.S.D.

MANEJO CLINICO DEL HABITO DE SUC-

CION DIGITAL. Rev. A.D.M.

mayo-junio 1972.

C.D.Luis Barrera

COMUNICACION PERSONAL.