UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITOS DE SUCCIÓN NUTRITIVA Y NO NUTRITIVA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

GIOVANA DANIELA MENDOZA RODRÍGUEZ

TUTORA: Esp. DORA LIZ VERA SERNA

MÉXICO, D.F. **2014**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mi papá Felipe Mendoza por tu apoyo, esfuerzo y amor, gracias a ti logré realizar mis metas y sueños, gracias por creer en mí, por tu paciencia y tus grandes consejos que me han ayudado a balancear mi vida. Gracias por ser el mejor papá del mundo y sobre todo gracias por el amor tan grande que me das.

Gracias al gran esfuerzo que realizaste estoy en esta etapa hermosa de mi vida concluyendo mi carrera como cirujana dentista. Gracias por ser el pilar de esta hermosa familia.

A mi mamá Estela Rodríguez, por estar siempre a mi lado cuando más te he necesitado, por cuidarme tanto, por ese amor que solo tú sabes brindarme, gracias mami por tu paciencia y tus palabras, por ser mi mejor amiga y por estar aquí apoyándome en mis sueños. Gracias por la fuerza que me diste llevándome siempre de la mano para que hoy concluyera este hermoso triunfo.

A mis hermanas:

Sharon, gracias por tener esa alma tan bella que tienes, me siento muy orgullosa de ti, eres y serás un motivo en mi vida para seguir superándome, gracias por tu apoyo y nunca dejas de ser mi hermosa hermanita; recuerda que te amo, y nunca dejaré de agradecer que siempre estés ahí cuando te necesito.

Arantxa y Gala, gracias por su paciencia, por hacerme reír con tantas ocurrencias, gracias por ser mis hermanas chiquitas, son una parte muy importante en mi vida. Gracias por poder contar siempre con ustedes, soy muy feliz por tenerlas como hermanas las amo muchísimo y me siento muy orgullosa de las dos, gracias por apoyarme a lo largo de mi carrera y sobre todo gracias por ayudarme a crecer con sus consejos, gracias por esos regaños que me hacen madurar como persona.

A mi esposo:

Gracias por formar parte de mi vida, por ese amor hermoso que me das, gracias por la paciencia y comprensión. Gracias por enseñarme a hacer una mejor persona con tu sencillez. Te amo por ser esa persona que siempre sabe cómo hacerme reír cuando más lo necesito, gracias por darme esa seguridad con tan sólo una mirada, gracias Miguel Ángel. TE AMO.

A mis amigos:

Dany, gracias por todos esos momentos que pasamos en la Universidad juntas, te quiero muchísimo amiga, por todas tus ocurrencias y esas risas que hacían que me doliera el estómago, gracias amiga por compartir conmigo esos momentos inolvidables en mi vida y sobre todo gracias por tu amistad.

Lore, Monse, Vera, Ruth, Osmi, Andy, Isra, mis amigos de la carrera, en cada uno de ustedes encontré una hermosa amistad, gracias por la ayuda cuando en ocasiones me he sentido perdida, por estar en las cosas buenas y malas; gracias por su amistad sincera, los quiero.

A mi tutora:

La Dra. Dora Liz Vera Serna gracias por su apoyo y dedicación a esta tesina, gracias por brindarme la oportunidad de poder trabajar este proyecto tan importante en mi vida, gracias por la paciencia, por enseñarme a querer más la Odontopediatría. Gracias por esos consejos, ese hermoso y gran apoyo que me brindó al realizar mi trabajo final.

Agradezco a mi Facultad de Odontología por abrirme las puertas y enseñarme amar mi profesión de Cirujana Dentista. Gracias a mi Universidad Nacional Autónoma de México.

ÍNDICE **Pág.**

INTRODUCCIÓN 1

1. HÁBITOS

1.1 Definición 2

1.2 Características de los hábitos 3

1.3 Clasificación de hábitos 4

2. HÁBITOS DE SUCCIÓN NUTRITIVA

2.1 Lactancia materna 6

2.1.1 Ventajas de la lactancia materna 9

2.1.2 Fisiología del amamantamiento 11

2.1.3 Técnica de la alimentación con seno materno 14

2.2 Lactancia artificial 17

2.2.1 Indicaciones para la lactancia artificial 17

2.2.2 Clasificación de la leche de fórmula 18

2.2.3 Método Kassing 23

2.2.4 Características del biberón 25

2.2.5 Indicaciones para la preparación del biberón 30

3. HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA

3.1 Etapa ora 32

3.2 Succión digital 34

3.2.1 Alteraciones dentoalveolveolares por succión digital 37

3.2.2 Tratamiento para el hábito de succión digital 39

3.3 Succión del chupón 43

3.3.1 Chupones ortodónticos 43

3.3.2 Recomendaciones para el uso del chupón 44

CONCLUSIONES 46

BIBLIOGRAFÍA 48

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es considerada como el tipo más deseable de alimentación, ya que complementa aspectos fisiológicos, funcionales y psicológicos en el bebé.

La succión en la lactancia materna, implica para el bebé la relación más importante después de su nacimiento, ya que al contacto con el seno materno recibe sensación de bienestar, seguridad y cariño, evitando que requiera de otras acciones o aditamentos para satisfacer su necesidad de succión.

La lactancia artificial es un complemento en la alimentación del bebé, ya que sus componentes están hechos de fórmulas equivalentes a la leche materna, este método de nutrición se apoya por dos componentes indispensables, el uso del biberón y los chupones que simulan el pezón de la mamá.

En la presente tesina nos enfocaremos en la importancia de los hábitos de succión nutritiva y no nutritiva; para definir estos hábitos es importante conocer las características de cada uno de ellos, mencionando la importancia de la lactancia materna y de la lactancia artificial, enfatizando acerca de las ventajas de cada una de ellas.

También se explica la importancia y desventajas de los hábitos de succión no nutritiva, que pueden ser el uso excesivo del chupón y la succión digital de uno o varios dedos. Cabe mencionar que estos hábitos no son nocivos en la salud dental del bebé, si se suspenden en la edad recomendada.

1. HÁBITOS

1.1 Definición

Para comenzar a hablar de los hábitos, es importante conocer su definición, para así tener una idea más clara de la importancia del tema y es así que podemos definir a un hábito como la repetición constante de un acto consciente o inconscientemente.

Asimismo, diferentes autores han expuesto su punto de vista sobre los hábitos y los definen según su percepción, compartiéndonos diversos conceptos para comprender el significado de los mismos, y así podemos reseñar a Thompson, quien señala lo siguiente: “el hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto; con cada repetición, el acto se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción de todo inconsciente”.

Por otra parte, Langford considera que el hábito “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”.

Así también, encontramos que S.L. Rubinstein, en un nivel psicológico, define al hábito como "un componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de su ejecución “.[1]

1 **Larotta Lina.** Odontología Pedíatrica. Hábitos como factores psicológicos de las maloclusiones. 2ªed. Edit.Latinoamericana Colombia 2003 págs. 171-180.

De acuerdo a lo anterior, podemos resumir que los hábitos son patrones de conductas fijadas por repeticiones con una eficiencia de ejercer un acto sin control de la conciencia. Entre más constante sea esta repetición se hará menos consciente hasta que llega a ser completamente inconsciente dicha acción.[2]

1.2 Características de los hábitos

Ahora bien, ya adquiriendo una conceptualización concreta de lo que es un hábito, es importante desglosar las características de los hábitos pues sin duda, éstas son de suma importancia para armonizar y reforzar nuestra exposición sobre el tema.

Entre las principales características de los hábitos tenemos:

- Aprendizaje y formación al realizar el acto considerable.
- Rapidez al realizar el acto, ya que como hemos estudiado no se tiene conciencia en el momento de la acción.
- No presentan tensión al realizar los movimientos libres o ligeros.
- Ausencia de cansancio gracias a la libertad, ligereza y coordinación de los movimientos.[3]

2 **Quiróz O.** La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos orales en odontología. Ortodoncia Vol.13 Rev. Latinoamericana 2006, consultado: 10febrero 2014 en:http://www.publicacion@ortodoncia.ws.

3 **Hernández M**. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Revista Cubana Ortodoncia Vol.15, 2000 págs. 66-70.

1.3 Clasificación de hábitos

Los hábitos se ordenan en una categorización, por lo que se clasifican de la siguiente manera:

Fisiológicos: son movimientos realizados con el fin de que el individuo satisfaga a su organismo ante la presencia de un estímulo, por ejemplo: comer, dormir, estudiar, o bien una actividad física, etc. Este tipo de hábito se forma gracias a la repetición organizada con un fin concreto, llamado así un buen hábito con el fin de modelar una buena costumbre y buena salud.

Sociales: son las conductas que se establecen para la relación con otros individuos de la misma especie, lo cual conlleva a la interacción social o cultural establecida por una población o comunidad.[4]

Orales: estos tipos de hábitos generalmente se inician en edades muy tempranas y continúan hacia los tres y cuatro años de edad; cuando persisten más allá de estas edades, se consideran como un signo de ansiedad o inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que puede tener repercusiones tanto en el entorno social, ocasionando que el niño sea objeto de burlas, críticas, rechazo entre los demás niños, etc. Se incluyen en este rubro, los hábitos de succión nutritiva y no nutritiva.

4 **Díaz P, Rodríguez M, Cádiz D, Bobenrieth K**. Odontopediatría Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares.6ªed. McGraw-Hill .Chile.1999 págs.470-482.

Psicológicos: el término hábito se deriva de la palabra *habere,* que significa tener, o adquirir algo no poseído. Los psicológicos definen al hábito como un modo de conducta adquirida de tendencia a repetir y a producir ciertas acciones fisicas y mentales.

La formacion del hábito es el aprender a percibir, a imaginar, a recordar, a sentir, a pensar y actuar en circustancias similares [5].

5 **W.A .Kelly**. Formación de hábitos psicológicos .Edit. Morota .México 1992 págs.171-174.

2. HÁBITOS DE SUCCIÓN NUTRITIVA

Ya una vez analizada la importancia de los hábitos, así como sus características y clasificación, podremos adentrarnos a uno de los temas principales en materia de la presente tesina, y es así que para ello será importante clasificar a los hábitos de succión nutritiva en lactancia materna y lactancia artificial.

2.1 Lactancia materna

Para poder entender este hábito de succión, vamos a observar que en la lactancia materna existen factores que juegan un papel muy importante, tal y como lo es la respiración, ya que ésta es el primer estímulo del ser humano desde su nacimiento hasta que muere; mientras que el amamantamiento ocupa el segundo estímulo. Así, vamos a encontrar que desde el nacimiento de un niño, éste presentará exigencias metabólicas que va a suplir bien sea con la alimentación natural, a través del amamantamiento, o con la alimentación artificial.[6]

Respecto al amamantamiento, podemos referir que es el proceso que consiste en la obtención de la leche directamente de la glándula mamaria, por parte del lactante, como se puede observar en la Figura 1. "El amamantamiento es una función fisiológica, compleja y coordinada neurológicamente. Es un mecanismo de acción muscular regido por arcos reflejos, por medio del cual el niño se alimenta" (Fig. 2).

6 **Ortega G, Negron R, Rocca R.** Estudios sobre lactancia materna y hábitos bucales incorrectos de succión. Rev. Cubana Vol. 8, 1993 págs. 31-37.

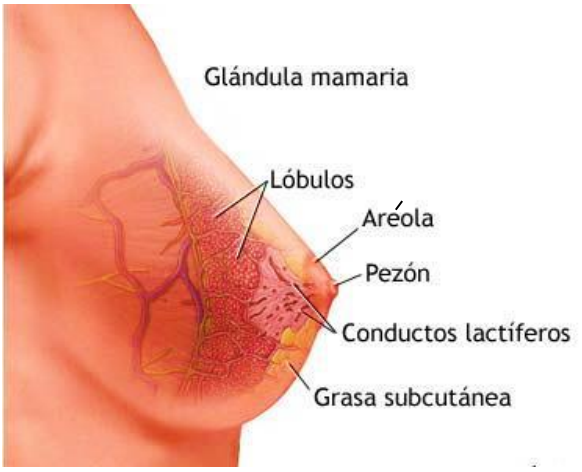

Fig.1 Las glándulas mamarias y la anatomía del seno. [7]

Fig.2 Un buen enganche implica que el pezón quede en la parte posterior de la boca del bebé, la boca cubra la aréola y que los labios sobresalgan. [8]

El amamantamiento se reconoce como un método importante para la alimentación y nutrición del recién nacido, está conformado de multifactores que ayudan al desarrollo y crecimiento del bebé y brinda protección contra patógenos ambientales, provee la hidratación de niño; la leche materna es más higiénica que otro tipo de leches, es libre de contaminantes microbianos, es de fácil digestión, presenta la temperatura adecuada y protege al bebé contra diarrea. [9]

La ingesta de lactosa que contiene la leche materna, favorece al niño para que estimule al intestino y éste a su vez produzca lactobacilos, mismos que ayudan a reforzar y fortalecer la flora intestinal.

7 http://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/17084.html citado:30-01-14.
8 http://cuidadoinfantil.net/meses/recien-nacido/recien-nacido-alimentacion citado:30-01-14.
9 **Secretaría de Salud** .Lactancia materna, México, D.F. UNICEF 1992 http://secretariadesalud-alimentacion-para-html. Citado 02-02-14.

En la lactancia materna encontraremos una serie de componentes, entre los que se destaca a la inmunoglobulina A, la cual forma una película protectora en la mucosa bucal para condicionar al tracto gastrointestinal y protegerla de infecciones, además favorece la correcta posición de las arcadas dentarias por la fuerza de succión que generan los movimientos al amamantarse. [10] También se compone de colesterol, hormonas, agua, proteína fijadora de la vitamina $B_{12,}$ ácidos grasos, y la lactozima que ayuda a fijar el hierro.

No podemos dejar de observar que instituciones u organizaciones de suma importancia tal como lo es la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan la lactancia materna por lo menos hasta los 6 meses de edad. [11]

Actualmente, la mayoría de los pediatras recomiendan amamantar hasta el año de edad. Sin embargo, es importante explicar a las madres, que deben limpiar la boca del bebé, utilizando cepillos blandos y gasas desde antes de la erupción dental, para evitar el desarrollo de caries de la infancia temprana, debido al potencial cariogénico de la leche materna.

Con el amamantamiento se estimula el crecimiento sagital de la mandíbula, la relación intermaxilar por el estímulo mecánico de los músculos faciales durante la succión, la respiración nasal del bebé, ayuda a una correcta posición de la lengua y a un buen desarrollo muscular, ayuda

10 **Gerard J. Tortora, Nicholas P**. Principios de Anatomía y Fisiología.- 6ª ed. Edit. Oxford 1999 Madrid. págs. 1194-1197.

11 **Peraza Roque, Georgina J.** Lactancia materna y desarrollo psicomotor. 2000. vol.16, Revista Salud y Ciencia págs. 402-405.

también a una excelente conformación del paladar, aumenta el flujo salival, etc.

Desde el punto de vista psicológico, el amamantamiento tiene un factor muy importante, el cual promueve un contacto más cercano entre la madre y el hijo, fortaleciendo los lazos afectivos.

2.1.1 Ventajas de la lactancia materna

Ya una vez analizada la importancia del amamantamiento, vamos a encontrarnos con una serie de ventajas que éste aporta al bebé, ya que provoca excitación a nivel de la musculatura bucal y favorece el crecimiento armonioso de huesos y cartílagos del aparato masticatorio.

Asimismo, mejora la oclusión dental en etapas posteriores del desarrollo infantil, previene las anomalías dentofaciales (por ejemplo, evita apiñamientos dentales y mordidas abiertas).

Así también preserva y mantiene el crecimiento y desarrollo óptimo, administra calcio, proporciona los nutrientes necesarios para la supervivencia del bebé, le confiere al lactante protección inmunológica, favorece el vínculo afectivo madre-hijo, contribuye a la disminución de la frecuencia y gravedad de estados alérgicos en lactantes, tanto respiratorios como alimentarios, reduce la morbilidad y la mortalidad infantil [12] (Fig. 3).

12 **Bravo J**. Ventajas del amamantamiento en lactancia materna,4ª ed.Ripano, México, 1991 págs. 125-132.

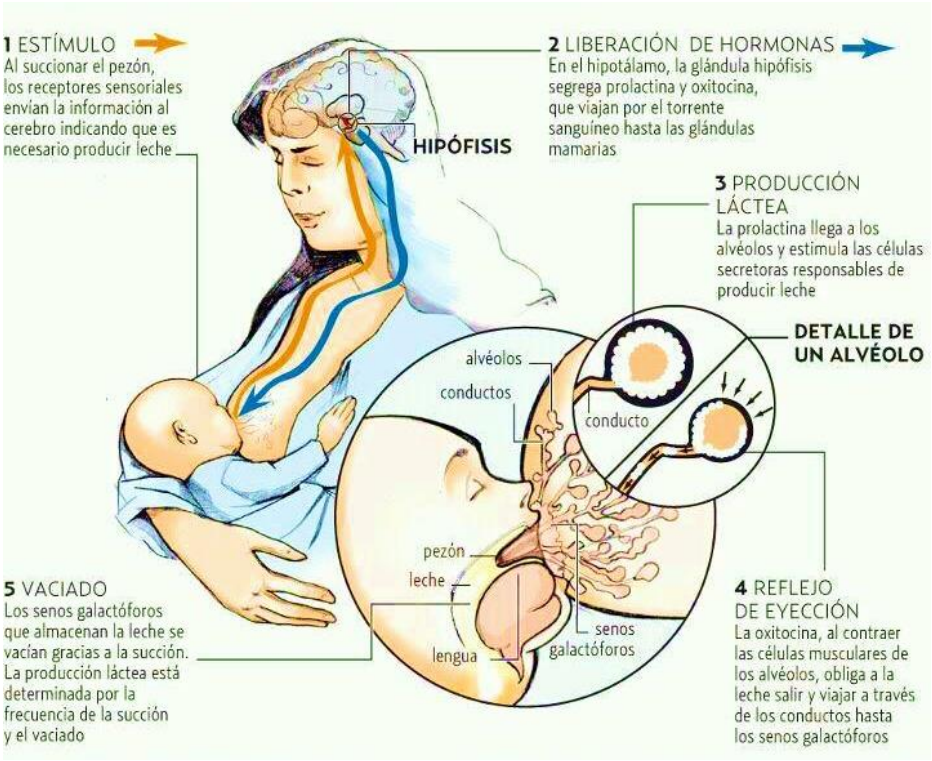

Fig. 3 Estímulo de succión del bebé hacia el seno materno. Se observa la posición del pezón en la boca del bebé.[13]

El amamantamiento también proporciona ventajas a la mamá: prolonga la infertilidad después del parto, disminuye el riesgo de hemorragia durante el puerperio, previene la obesidad durante la lactancia y el desarrollo posterior, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, disminuye la frecuencia de diabetes juvenil y linfoma, ayuda a prevenir la diarrea, crea estabilidad psicológica, evita hipercolesterolemia, arteriosclerosis temprana y evita la hipertensión arterial.

[13] http://uma2012.lactivistas.org/OdontopediatriafuenteAntonietaHernández citado:10-02-14.

Adicionalmente, la leche materna tiene una temperatura adecuada y no contiene microorganismos que afecten el sistema inmunológico del niño. [14]

2.1.2 Fisiología del amamantamiento

En la fisiología del amamantamiento, cabe destacar que durante los movimientos del proceso, se estimulan cerca de 20 músculos orofaciales, los cuales son: apertura, protrusión, elevación y retrusión de la mandíbula por medio de empuje de los músculos pterigoideos laterales y medios, masetero, temporal, digástrico geno-hioideo y milo-hioideo, en los que al cumplir estos movimientos el bebé desarrollará un adecuado sistema estomatognático incluyendo a todos sus componentes: mejillas, labios, músculos de la masticación, deglución de la lengua, glándulas salivales, mandíbula, maxila, articulaciones temporomandibulares, dientes.

Al nacer, el bebé se encuentra con la mandíbula en posición posterior o distal en relación con el maxilar superior y al realizar los movimientos para tomar el pezón y tragar, motivan una correcta relación intermaxilar con cada movimiento.

El amamantamiento es un estímulo que favorece a la mandíbula para avanzar de su posición distal con respecto al maxilar a una posición mesial, siendo esto un primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera, se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre la maxila y la mandíbula.

14 **Ortega V.** Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana 1997 págs 53-54.

Es conveniente destacar que el bebé que se alimenta por medio del seno materno utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento, que aquél que toma del biberón. El succionar el pezón requiere un mayor esfuerzo del niño, que hace que todas las estructuras óseas, musculares y articulares crezcan con armonía.

Debe abrir su boca más ampliamente, mover la mandíbula hacia atrás y adelante, y apretar con sus encías para extraer la leche, como se puede observar en la Figura 4.[15]

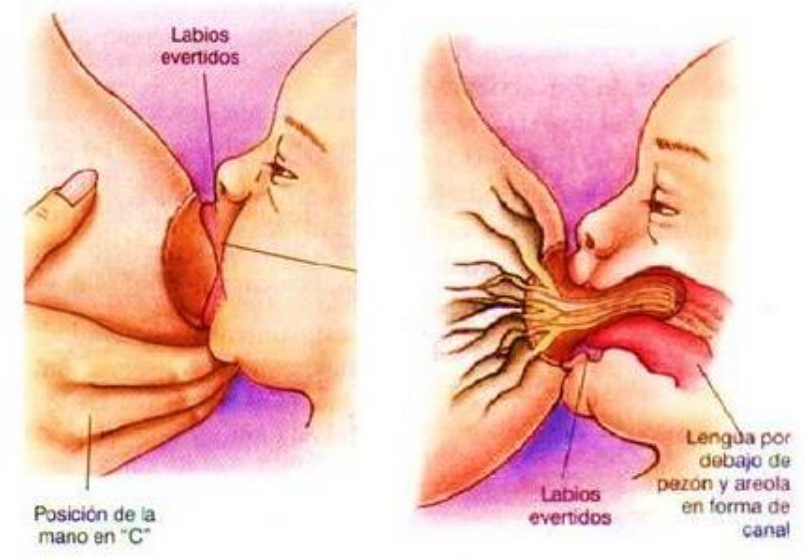

Fig. 4 Para ayudar al bebé a cumplir correctamente la succión, roce los labios del bebé con el pezón y espere a que abra bien la boca, eso ayudará a que cumpla los movimientos ya mencionados.[16]

15 Ibidem. **Bravo J** Págs.150-153 .
16 http://www.slideshare.net/utebo6b/cuidados-del-recin-nacido-1481156 citado:16-02-14.

Se ha encontrado que el músculo digástrico en bebés es dos veces más fuerte que en adultos. Durante la succión, el bebé comprime el pezón, elevando la mandíbula y la lengua.

Los labios y las mejillas se contraen, quedando la leche en el dorso de la lengua, también hay un desplazamiento de la mandíbula hacia delante y atrás, produciendo una presión que empuja la leche al istmo de las fauces; luego la lengua se eleva contrayendo sus músculos extrínsecos y el milohioideo, hasta llevar la leche a la bucofarige.

Los músculos palatofaríngeos y palatoglosos que componen los pilares de las fauces se contraen e impiden el regreso de la leche a la cavidad oral. El paladar blando se eleva por acción de los músculos del velo del paladar, cerrando la comunicación nasofaríngea y comienza una serie de contracciones musculares que desplazan la leche al esófago.

Con estos músculos (orbicular de los labios, mentonianos y diagástricos) al succionar, y a través de su constante esfuerzo, se provee una importante influencia sobre el crecimiento fisiológico de la mandíbula, asegurando que el aumento de los movimientos mandibulares durante la lactancia, con la función incrementada de los músculos, evite retrognatismos mandibulares, obteniéndose mejor relación entre el maxilar superior y la mandíbula.

Es así que durante el amamantamiento se logran realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso de la mandíbula, no ocurriendo de la misma manera con la alimentación por medio del biberón, ya que los

músculos pterigoideos externos que son los propulsores mandibulares, actúan muy poco, manteniendo a la mandíbula en una posición distal. [17,18]

2.1.3 Técnica de la alimentación con seno materno

El amamantar lo antes posible después del parto y con tal frecuencia como el bebé lo desee, es lo más recomendable, teniendo así que un buen amamantamiento será aquél que es empleado por la madre para educar al bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón.

Durante el amamantamiento, la madre debe permanecer en reposo y tranquila. El bebé debe de tener una posición de manera que exista un ángulo de 45° con respecto a la madre y con la cara frente al pezón.

Los pezones deben asearse previamente con agua hervida, estimulándolos para su erección.

Ahora bien, sería interesante plantearnos a manera de pregunta, la correcta posición para amamantar.

¿Cómo se sabe si el bebé está mamando en una posición correcta? Se deben vigilar los siguientes aspectos:

- Su cuerpo está en contacto con el cuerpo de su mamá.
- La boca y la mandíbula están contactando el cuerpo de la madre.
- La boca está completamente abierta y los labios se ven evertidos.

17 **Boj, J, Mendoza, A, Catalan, M**. Odontopediatría Masson S.A., Barcelona 2005 págs. 380-385.
18 **Blanco R, Fonte GG**. Aspectos inmunológicos de la lactancia materna. Rev Cubana 1998 págs. 541-547.

- La mayor parte de la aréola o toda ella está escondida dentro de la boca del bebé.
- El bebé da chupadas grandes.
- El bebé está relajado y feliz.
- La mamá no siente dolor en los pezones. [19]

Las diferentes posiciones que recomiendan los obstetras (la madre recostada, sujetando al bebé como pelota de fútbol, sujetando al bebé sobre su regazo, etc.), deben cumplir los aspectos antes mencionados.

Posición sentada: es la más habitual; se puede usar cualquier asiento que sea cómodo y que permita apoyar la espalda. Es recomendable que las rodillas estén ligeramente elevadas con ayuda de un cojín para que cargue el brazo y espalda todo el peso del bebé. Se rodea el cuello del bebé y de forma lateral, su cuerpo con el mismo brazo del pecho que ofrece al amamantarlo, esto es para evitar que él force el cuello y tenga una postura incómoda.

Acunado cruzado: en esta postura el bebé se sitúa de igual manera que la anterior pero la mamá en lugar de estar sujetándolo con el mismo brazo que el pecho ofrecido, lo hará con el contrario, mientras tiene esa mano para controlar el amamantamiento.

Pelota de fútbol: esta postura es recomendable realizarla en una cama o sofá amplio; se coloca un cojín en donde irá el bebé para que esté más elevado y llegue sin problemas al pecho.

19 Declaración sobre lactancia materna-OMS/UNICEF-2004. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud, Singapur, 2004, págs. 12-18.

Tumbada: es una postura que se considera de las más cómodas; se realiza acostada en la cama colocando al bebé frente a la mamá y sobre el lado del pecho que va a ofrecer.

La altura ideal es aquella en que su nariz queda a la altura del pezón y el brazo de la mamá rodee la cabeza y el cuerpo de bebé. [20] Estas posturas las podemos observar en la Figura 5.

Fig. 5. Se observan las posturas adecuadas y cómodas para el amamantamiento del bebé. [21]

20 http://veyvi.blogspot.mx/archive.htmlcomodarpechoparteI citado:03-03-14.
21http://veyvi.blogspot.mx/archive.htmlcomodarpechoparteI citado:03-03-14.

2.2 Lactancia artificial

Recordemos que la lactancia artificial también se clasifica como un hábito de succión nutritiva, la cual es la alimentación del bebé utilizando leches diferentes a la materna, en especial por medio de fórmulas alimenticias diseñadas para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé a libre demanda.

2.2.1 Indicaciones para la lactancia artificial

Debido a que muchas madres no pueden amamantar a su bebé, el biberón suele ser una herramienta utilizada para su alimentación. Lamentablemente, existen circunstancias esporádicas en las que la madre no puede dar de lactar a su hijo.

Estas condiciones son: bebé abandonado, muerte de la madre, madre con VIH-SIDA, enfermedad grave de la madre, utilización de algunos medicamentos o drogas intravenosas, recién nacido con ciertas enfermedades metabólicas.

Las leches de sustitución son, según la OMS, medicinas nutricionales y no productos de consumo común y corriente. Como tales, deben ser prescritas con receta médica. [22]

La mayoría de las fórmulas tienen como base la leche de vaca, estas proteínas son diferentes de las de la leche materna. Se disminuye la concentración en algunos elementos como proteínas y sal y aumentan otros

22 **Checcacci E**. Lactancia materna y lactancia artificial. Ciron Perinatal Vol.4 2003 págs. 63-72.

como grasas, hierro y vitaminas. Para aumentar los contenidos grasos de la leche de fórmula, se utilizan aceites vegetales.

Existe una gran controversia en cuanto al contenido de hierro de las leches para lactantes.

Los niños asimilan más del 50% del hierro de la leche materna, pero sólo pueden beneficiarse de 10 a 20 % del hierro de las leches de fórmula. Por eso, las leches artificiales tienen un alto contenido de hierro.

Sin embargo, algunos niños pueden padecer de intolerancia al hierro añadido a la leche de fórmula y presentar problemas digestivos. Para disminuir la cantidad de hierro y mejorar su absorción, se añade vitamina C a las leches artificiales.

La lactancia artificial debe iniciarse poco a poco a lo largo de la primera semana de vida, empezando en unos 30 ml y hasta los 60 ml aproximadamente 6 veces al día, que suministran unas 120 kcal/kg al final de esa primera semana.

2.2.2 Clasificación de la leche de fórmula

Fórmula de inicio

Las necesidades de los niños sanos entre 0 a 6 meses se basan en las cantidades de leche que tienen que ingerir para mantener un crecimiento y un desarrollo satisfactorio porque es el único alimento que pueden recibir.

Desde el nacimiento hasta los 6 meses, el crecimiento rápido precisa mayor cantidad de energía, proteínas y otros nutrientes esenciales.

Componentes:

Agua. Las necesidades en agua aumentan durante los 3 primeros meses de vida y se estabilizan de 3 a 6 meses para después disminuir un poco. Los requerimientos se miden en mililitros por cada kilo del bebé, por lo tanto, aunque estén disminuyendo los requerimientos por cada kilo, como el bebé aumenta de peso, la cantidad total necesaria aumenta.

Proteínas. La ingesta de proteínas de un bebé sano varía de 0 a 6 meses entre 1,6 y 1,0 gramos por kilogramo por día. Estas cantidades garantizan un crecimiento y un incremento de peso adecuado. El aporte recomendado para un recién nacido alimentado con leche de fórmula es de 1,8 gramos por kilogramo por día. Éste se reduce pasados los 6 meses, a medida que disminuye la velocidad de crecimiento.

Carbohidratos y grasas. Estos dos nutrientes son las principales fuentes de energía para el recién nacido. Los carbohidratos deben constituir un 50 a 60 % de las calorías totales. La energía aportada por un gramo de carbohidratos es de 4 kcal. La dosis diaria recomendada es de 10 a 17 gramos por kilo de carbohidratos. Las grasas deben representar un 30 a 35 % de las calorías totales. La energía aportada por un gramo de grasas es de 9 kcal. La dosis diaria recomendada es 3,5 a 4,4 gramos por kilo.

Minerales. Las recomendaciones de minerales varían según el tipo de alimentación del bebé. Con la leche materna las necesidades son en general,

23 Manual de fórmulas lácteas, sustitutos y complementos nutricionales utilizados en pediatría. Bogotá, Colombia 1997. Págs. 2-15.

menores que con leches artificiales por la mejor absorción de los elementos contenidos en la leche humana.

Calcio. La mayoría del calcio sirve para el esqueleto y los dientes. Las necesidades de 200 mg/día son cubiertas por la leche materna. En caso de lactancia artificial, se necesitan unos 400 mg/día.

Hierro. En niños sanos de término, la leche materna permite aportar los requerimientos de hierro hasta los 6 meses. En caso de lactancia artificial, los aportes deben ser de 6 a 10 mg al día para cubrir las necesidades porque el bebé sólo asimila un 10 a 15%. [23]

Las leches de inicio deben aportar todos los nutrientes requeridos por el niño, ya que es el único alimento que va a recibir durante los 6 primeros meses de vida.

Fórmula de continuación o seguimiento

A los 6 meses se empieza la diversificación de la alimentación del infante, pero la leche sigue siendo el alimento principal.

Componentes:

Proteínas. El aporte recomendado para un bebé entre 6 meses y 1 año varía de 1,5 a 1,1 gramos por kilogramo por día. Después de los 6 meses, la velocidad de crecimiento disminuye.

Carbohidratos y grasas. Se recomienda que el aporte energético se divida en 60 % de carbohidratos y 30 % de grasas. Una gran parte será aportada por la leche pero poco a poco los alimentos sólidos formarán el aporte más importante de carbohidratos y de grasas.

Minerales. Los minerales provienen de la leche pero en cantidades que no son suficientes para cumplir con los requerimientos de niños de esta

edad. La diversificación de la alimentación aporta los suplementos imprescindibles para el buen desarrollo del bebé.

Calcio. Las necesidades son de unos 600 mg/día.

Hierro. Los aportes requeridos a esta edad deben ser de 6 a 10 mg al día. Hasta los 6 meses, los bebés de término sanos tienen reservas de hierro y la leche materna o las fórmulas de inicio permiten cubrir las pérdidas cotidianas. A los 6 meses las reservas están agotadas y es importante cuidar los niveles de hierro para prevenir la anemia. La introducción de carne roja y de vegetales de hojas verde en la alimentación del niño aporta hierro. La leche es todavía el principal alimento para los niños de 6 meses a 1 año. Por lo tanto, la lactancia debe mantenerse para continuar con el aporte de todos los elementos necesarios aunque se debe iniciar la diversificación de la alimentación.[24]

Agua. Las necesidades en agua varían entre 100 y 150 ml/kg de 6 meses a 1 año. Hasta los 6 meses, era suficiente la leche materna. A partir de los 6 meses, los niños reciben parte de su requerimiento en agua bajo forma de agua pura.

Fórmula de crecimiento

A los 6 meses empieza la diversificación de la alimentación del infante. Al año, el niño debe comer alimentos variados y la leche es parte de la dieta, pero ya no es el alimento principal. Además niños mayores de 1 año pueden comenzar a consumir leche de vaca entera.[25]

Energía. De 1 a 3 años, las necesidades calóricas equivalen a 82 kcal por kilo por día.

24 Ibídem Manual de fórmulas lácteas págs. 2-15.
25http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/monografias/monografia.pdf citado:18-03-14.

Componentes:

Agua. Las necesidades en agua varían entre 100 y 120 ml por kilo. Una parte de los requerimientos en agua vienen de la leche pero una gran parte viene de otros líquidos como el agua natural.

Proteínas. El aporte recomendado para un infante de 1 a 3 años es de 1,1 gramo por kilogramo por día. Las necesidades de proteínas son calculadas tomando en cuenta los requerimientos de los adultos (0,8 g/kg) y una cantidad adicional para permitir el crecimiento.

Carbohidratos y grasas. Deben proporcionar entre el 60% y el 70% del total de la energía consumida. Se recomienda que las grasas constituyan el 20% de la energía total de la dieta, pero no más del 25%.

Minerales. Deben ser aportados por los alimentos sólidos.

Calcio. Las necesidades son de unos 500 mg/día. La leche y los derivados lácteos son una fuente importante de calcio.

Hierro. Los aportes requeridos a esta edad deben ser de 6 a 10 mg al día. La leche ya no es la fuente principal de hierro. La carne roja, los granos, los huevos y los vegetales de hojas verde son la fuente de este mineral.

Fórmulas de soya

Están indicadas principalmente para niños que presentan alergia a las proteínas de la leche de vaca. Estas preparaciones son libres de proteínas de leche de vaca y de lactosa. Todas son fortificadas en hierro y cumplen con las especificaciones para minerales y vitaminas. Las grasas se derivan de aceites vegetales. Los infantes prematuros, con bajo peso al nacer, no deberían ser alimentados con fórmulas a base de proteínas de soya porque no permiten aportar los nutrientes necesarios para un buen desarrollo y crecimiento.

Fórmulas hipoalergénicas

Las leches hipoalergénicas (HA), disminuyen los riesgos de aparición de alergia a las proteínas de leche de vaca en el recién nacido que no puede ser amamantado, estas fórmulas pueden ser prescritas a niños con alto riesgo de alergia, que presenten una manifestación severa de alergia comprobada.

Este tipo de leche contiene proteínas de la leche de vaca pero modificadas. Las fórmulas HA son preparaciones completas desde el punto de vista nutricional que permiten un desarrollo normal a niños que no pueden recibir la lactancia materna.[26]

2.2.3 Método Kassing

El método Kassing es una manera de dar el biberón que reproduce las condiciones de la lactancia materna para que de esta manera el biberón no interfiera con la lactancia mixta o incluso permita volver a la lactancia materna exclusiva más adelante, si así se desea. Básicamente, se trata de recrear las condiciones en cuanto a esfuerzo, estimulación y enganche.

El método Kassing fue creado por Dee Kassing, quien buscaba una manera diferente de alimentar con biberón a los bebés para que no olvidaran cómo mamar a pesar de haber sido alimentados con chupón durante un tiempo, por el motivo que fuera.[27]

26 Ibídem Manual de fórmulas lácteas págs. 2-15.

27 Método Kassing. Journal of Dentistry for Children 2000 http://www.lowmilksupply.org/bottlefeeding.pdf citado:05-03-14 .

Y es que muchas veces la lactancia materna se tiene que ver interrumpida por enfermedad de la madre o del bebé, o por muchas otras razones, pero se quiere volver a dar el pecho en cuanto se pueda. Sin embargo, el bebé se acostumbra a mamar del biberón, más fácilmente que del pecho, y después se niega a retomar el pecho. Este método recrea las condiciones de esfuerzo, agarre y succión de la lactancia materna.

¿Cómo se lleva a cabo?

- Se deben elegir biberones rectos en lugar de los curvos ya que con éstos la leche cae más fácilmente y el bebé se esfuerza menos para succionar.

- Los chupones deben ser redondos y suaves (como los de silicona), ya que se asemejan más a la forma y textura del pezón materno. Además, debe ser un chupón largo para que pueda tocar el punto en el que se unen el paladar duro y el blando, igual que en la lactancia materna. Una longitud de entre 18 milímetros y 2 centímetros, es la ideal.

- Se recomiendan chupones de flujo lento, para que la leche tarde más en salir. Con estos consejos se busca que el niño tarde unos 20 minutos en acabarse el biberón, más o menos el mismo tiempo que se suele dedicar al amamantamiento.

- Se coloca al bebé en el regazo formando un ángulo de 90 grados. Con una mano se sujeta la cabeza y la nuca y con la otra se le da el biberón, que tiene que estar siempre en posición horizontal, de forma que la leche no caiga directamente en su boca.

- Antes de introducir el chupón, se estimula el reflejo de succión tocando con la punta, sus mejillas, nariz y labios. Cuando abra la boca, se introduce suavemente, como si se introdujera el pecho.

- El biberón tiene que estar siempre en posición horizontal, así que cuando quede poca leche, para que no le entre aire, se recuesta la espalda del bebé manteniendo la barbilla alineada con el cuello. El chupón debe mantenerse siempre totalmente dentro de la boca.

- Este método permite al bebé controlar la respiración y la cantidad de leche que quiere, al igual que en la lactancia materna.

2.2.4 Características del biberón

Como antecedente histórico, es importante saber que el uso del biberón ha estado presente desde principios del siglo XIV. El término deriva del latín bibere, que significa "beber"; la Real Academia Española define al biberón como: "utensilio para la lactancia artificial que consiste en una botella pequeña de cristal, porcelana u otra materia, con un pezón, generalmente de goma elástica, para la succión de la leche".[28] La necesidad de la alimentación artificial comenzó en la Edad Media con el uso del biberón. (Fig.6).

28 **Diccionario de la Lengua Española**. Antecedentes históricos del biberón Real Academia Española Tomo I 22ª ed.2004 . págs. 503-521.

.

Fig. 6 Biberón en la Edad Media. [29]

Biberón artesanal. Se describe como un cornete o cucurucho, cuerno de vaca taladrado; es un pequeño recipiente-vaso tubular, con cuello más o menos largo que hace las veces del biberón para niños bastantes mayores, porque ellos pueden sujetar el objeto y saben regular su succión. Está conformado de tela que recubre al duro chupón de loza y metal. Se utilizaron durante los siglos XVIII y XIX.

Biberones con dos elementos. Con la industrialización, se cambió el diseño del biberón. Los de plata y estaño tenían forma de bureta o tetera. Se obstruía el orificio de la boca mediante un tapón de corcho, que a su vez se perfora con un tubito de vidrio por donde podía bajar la leche a la boca del

29 http://enfeps.blogspot.mx/2011/09/el-biberon-su-historia-y-algunas.html citado:14-03-14.

bebé. En otros modelos, en vez del tubito de vidrio se utilizaba una hoja de pergamino y en casos extremos una tela o trapo (Fig. 7).

Fig.7 Se puede observar que los chupones son de goma. Esto se utilizó a finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX.[30]

Ahora bien, hablaremos de los primero biberones como un producto industrial, fabricados en Europa a finales del siglo XIX. Estos biberones fueron fabricados para su venta.

El **biberón Breton:** en un frasco de cristal perforado con un agujero para que el aire pueda entrar en el cuerpo del frasco, el cuello está obstruido con un tapón de cristal esmerilado en forma de pezón y cubierto por una tetina de ubre de vaca ya preparada. Este biberón ofrece todas las condiciones de limpieza.

30 http://enfeps.blogspot.mx/2011/09/el-biberon-su-historia-y-algunas.html citado:14-03-14.

El **biberón Thiers**: lleva como característica, un tubo acodado y flexible, que por una de sus extremidades, desciende hasta el fondo del cuerpo y por el otro, lleva un pezón en marfil con punta de corcho; un palillo atraviesa el agujero del tapón y puede regular la salida de la leche.[31,32]

Las características de los biberones actualmente usados, dependen de los materiales de fabricación: vidrio y polipropileno.

Biberones de vidrio. Este tipo de biberones no desprenden ninguna de las sustancias de las que está compuesto, no absorben los olores ni colores de ningún líquido que se coloque en el biberón.

Es termo-resistente, es decir, puede soportar cambios bruscos de temperatura. Puede esterilizarse con los métodos en calor (ebullición o vapor) o con los métodos en frío, utilizando sustancias desinfectantes.

Biberón de polipropileno. Tiene como ventaja que es más ligero que el de vidrio, resiste los cambios de temperatura por ser termoplástico, puede esterilizarse en frío utilizando sustancias desinfectantes y con los métodos de calor (ebullición, vapor).

Como desventaja podemos mencionar que absorbe el color y olor de algunos líquidos, por lo que se recomienda cambiar el biberón en períodos de 3 meses.

31 Idem. Dicccionario de la Lengua Española.
32 **Rubio Pilarte, Solórzano Sánchez** ,Historia del uso de biberón , Revista Española Vol 3, 2011.págs.53-67.

El biberón no debe contener Bisfenol-A (BPA), ya que éste es un componente que se encuentra es los biberones termoplásticos, tiene un efecto similar al estrógeno y ha inducido cambios celulares que afectan al cerebro.

La toxicidad del bisfenol-A afecta al biberón cuando se produce la esterilización, ya que al hervir o exponerlo al calor de un microondas esta sustancia tóxica se libera hasta un 55% más rápido de lo normal, causando mayor toxicidad al bebé que se alimenta con biberones que contengan esta sustancia.[33]

Por último, mencionaré un componente importante de los biberones, los chupones, que están conformados de látex o silicona. El chupón de látex es una goma natural y se extrae del látex de la corteza de algunos árboles. Se fabrican con caucho, son resistentes, blandos, muy elásticos, transparentes y de color entre ámbar y amarillo. Una desventaja que podemos observar es que existen bebés que son alérgicos a este material.

El chupón de silicona es un material bastante blando y elástico, no absorbe ni el agua, ni los olores ni los sabores, y su forma se mantiene inalterable. Es más higiénico que el de látex. Según la forma pueden ser redondos (posiciones / flujo lento) y anatómicos.

Chupón redondo de silicón. Proporciona tres flujos distintos gracias al corte, el cual deja pasar una cantidad mínima, media o máxima de líquido. El chupón redondo de flujo lento, es ideal para los primeros días de vida del recién nacido, ya que el flujo de líquido que deja pasar es muy pequeño dándole estabilidad al recién nacido para la adaptación con el biberón.

33 **Rodríguez GR, Shalfer LA**. Nuevos conceptos de lactancia artificial, su promoción y la educación de la salud. Revista .Inv. Biológicas. Vol.3 1991 págs.: 1-15.

Chupón anatómico. Es lo más parecido a la forma del pezón materno durante la succión, éste se adapta perfectamente al paladar y permite el desarrollo sano y natural. Es recomendable utilizarlo para bebés de 0 a 6 meses con flujo lento y medio, y para bebés de más de 6 meses a 12 meses, con flujo medio y denso cuando se incorporan los nuevos nutrientes como son las papillas sólidas.[34]

La alimentación con biberón se suspende a los 12 meses de vida, principalmente para evitar el desarrollo de caries de la infancia temprana y maloclusiones por persistencia en su uso. Es importante que los bebés sean revisados por el odontólogo o por el odontopediatra a partir de los cuatro meses de edad, para enseñar a sus padres los procedimientos de higiene bucodental, así como para brindarles la información necesaria para los cuidados de la cavidad oral.

2.2.5 Indicaciones para la preparación del biberón

Existen dos formas básicas de esterilizar el biberón y el chupón, en caliente: hervir en agua durante 10-15 minutos tanto el biberón de vidrio o polipropileno, y en frío: dejar sumergir el biberón y el chupón en un recipiente con cierta cantidad de agua y una sustancia química que tiene como fin esterilizar. Se mantendrán sumergidos durante una hora y media. El agua se cambia cada 24 horas.

Una vez limpios los biberones y los chupones, se puede preparar el biberón siguiendo estos pasos. Lavarse las manos perfectamente antes de comenzar.

34 Ídem. **Rodríguez GR, Shalfer LA** págs: 1-15.

Se calcula el agua que vamos a poner en el biberón y las medidas de leche en polvo, teniendo en cuenta que siempre se agregan 30 (mililitros) de agua por cada medida de leche en polvo. Se hierve el agua poco tiempo, nunca más de 10 minutos, y se deja que se enfríe. Es importante observar la temperatura deseada antes de colocar el biberón al bebé para evitar un accidente por quemadura.

Se vierte la cantidad de agua que se ha calculado al biberón. Recordemos que una característica del biberón es la graduación de onzas y mililitros. Se colocan las medidas de leche calculadas inicialmente por el peso del bebé por las indicaciones del médico pediatra, las cuales se mencionaron en la composición de la fórmula. Se vierten las medidas sin presionar o comprimir el polvo. Recordemos que las medidas son el utensilio que el fabricante proporciona en la fórmula de la leche artificial.

Agitaremos el contenido del biberón hasta que la leche en polvo esté homogéneamente disuelta. Es importante este paso ya que podría ser una obstrucción de la salida de leche y un impedimento para la satisfacción del bebé al realizar la succión del chupón. Es importante tener precaución de que el chupón esté siempre lleno de leche y no contenga aire para evitar que el bebé esté ingiriendo aire y de esa forma producir cólicos al recién nacido.

A mitad de la toma se puede hacer un pequeño descanso, aprovechando para que el bebé eructe. Habitualmente, eructan más los bebés lactados al biberón que los lactados al pecho por el aire que suele producir el biberón. Al terminar la toma, se lava el biberón con agua y jabón. Y se repetirá el proceso de esterilización ya antes mencionada.[35]

35 **Berenguer C, Rodríguez M**. Cómo Preparar Correctamente un Biberón. Rev. Nutrición Pediátrica Vol. I. 2004, págs. 25-42.

3. HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Por último, se explicarán los conceptos relacionados con los hábitos de succión no nutritiva. Cabe mencionar que se hará énfasis solamente en los hábitos de succión digital y del chupón, que se presentan desde las primeras etapas de vida de un bebé.

3.1 Etapa oral

Es importante saber que al hablar de etapa oral, el niño desde que nace tiene impulsos o instintos naturales, al nacer el impulso más importante de todos es la succión, si se le ofrece el dedo por naturaleza succionará como si fuera un nutriente y al ejercer esta succión, experimenta una sensación de placer, que es conducido a un éxtasis emocional profundo.[36]

Según Sigmund Freud, en su teoría analítica, se diferencian las etapas del desarrollo psicosexual comenzando con la etapa oral: el niño desde que nace siente el placer al ser amamantado, convirtiéndose la boca en el centro del placer o zona erótica, esta parte de su cuerpo le proporciona satisfacción, agrado y acercamiento hacia la madre. En los siguientes meses será capaz de sentir emociones diferentes como alegría, acercamiento y obtener placer a través de los alimentos. Como podemos ver, en la etapa oral, la boca es el centro del placer en el ser humano, es por ello que en la primera etapa de la vida, el niño se lleva fácilmente objetos a la boca, así como diferentes partes del cuerpo, como lo son las manos y los pies. Además, inicia la etapa de conocer su propio cuerpo y obtener autosatisfacción.

36 **Ferreira F**. Diagnóstico y Planificación Clínica en Ortodoncia. 2ª ed. AMOLCA Costa Rica 2004, pág:255.

Cuando la etapa oral no se supera, el individúo adquiere ciertas conductas llamada de fijación, estas conducta las realizan para no sentirse aislado del mundo exterior. [37]

La etapa oral se divide en primaria y secundaria. La fase oral primaria, forma y se relaciona con la identificación del niño hacia su madre, que marcará el primer modo de relación al entorno que por otra parte, subsistirá toda la vida, aún cuando aparezcan otros modos de relación.

De modo que en esta etapa, si la madre sonríe, el niño sonreirá, si ella le habla él balbuceará y el niño se desarrollará almacenando pasivamente, las palabras, los sonidos y las sensaciones de esos momentos.

Las primeras palabras son ya una conquista que exige un esfuerzo recompensado por la alegría y las caricias del medio ambiente.

Durante la fase oral activa o secundaria, paralelamente a estos progresos, ha aparecido la dentición, lo cual enfrenta al niño a un sufrimiento que requiere ser aplacado mordisqueando. El niño morderá todo lo que tenga en la boca: los objetos y también el seno materno, si es que aún es amamantado.

El mordisco es su primera reacción agresiva, razón por la cual resulta crucial la manera en que su madre se lo permita o no.

37 **Carpentier, M.** Psicología Freud y el Psicoanálisis. "Etapa del Desarrollo Psicosexual". Rev. Neuro-educ. Vol.1, 2013, págs.13-18.

Si se espera este momento para comenzar el destete, el mismo será considerado como consecuencia de la agresión, como un castigo impuesto bajo la modalidad de “frustración”.

Es importante saber que en la fase oral podemos considerar al hábito de succión como normal, si éste se corrige espontáneamente antes de los 3 años de edad, ya que si no es así podemos emplear aparatología o motivación para retirar dicho hábito.[38]

3.2 Succión digital

Los bebés desarrollan el reflejo de succión desde el vientre de la madre. Se ha demostrado que este efecto de succión es espontáneo y reflejan el movimiento de amamantamiento, está presente desde la semana 14 a la semana 27 de vida intra-uterina como se observa en la Figura 8.

Fig. 8 Se observa la succión del dedo en vida intra-uterina.[33]

32 **Hubertus J.M , Paul. W**. Odontología Pediátrica.-Tratamiento ortodóncico interceptivo durante el desarrollo de la oclusión. Edit. Masson .Caracas Venezuela 2004 Págs. 254-255.

33 http://neurocienciasneofronteraseneduc.blogspot.mx/2009/10/biografia-oculta-de-la-vida.html citado:11-03-14.

La succión digital es un hábito tan común en la infancia, que se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad del bebé.

Las alteraciones dentoalveolares de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético.

La duración del hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final.

La intensidad del hábito es otro factor. Existen niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la boca. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo que descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca, y por último, el patrón morfogenético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravará dicha tendencia.[34]

34 **Barbería L.E**. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Editorial Médica Ripano, S.A., Madrid, 2005, págs.112 – 138.

Como podemos observar podemos clasificar este hábito por las siguientes etapas para saber el grado de alteraciones que puede provocar la succión digital:

Etapa I. La succión es normal del pulgar, en esta etapa podemos ver que inicia desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad. Se observa frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época cuando dejan de ser amamantados. Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II. La succión del pulgar clínicamente significativa comienza de los 3 a los 6 ó 7 años de edad. Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital, a través de programas de corrección.

Etapa III. Y por último, la succión del pulgar no tratada es cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida. Puede ser la comprobación de otros problemas, además de la presencia de una simple o complicada maloclusión dependiendo de la intensidad y frecuencia de este hábito; se requieren tratamientos ortodónticos y psicológicos para eliminarlo definitivamente.

Tipos de hábitos de succión digital

Succión del pulgar. Los músculos activos en este hábito tienen la función0 de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Produce protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores y mordida abierta.

Succión del dedo índice. Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio. Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular. Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos. Produce problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.[35,36]

3.2.1 Alteraciones dentoalveolares por succión digital

Respecto a este tema podemos encontrar que existe una serie de alteraciones como consecuencia de la succión digital, mismas que a continuación se enlistarán, haciendo un análisis de cada una de ellas para poder comprender con mayor facilidad las mismas.

---

35 American Academy of Pediatric Dentistry Fast Facts at www.aapd.org/pdf/FastFacts02-03.pdf citado:15-03-14.
36 **Martínez M, Garza H, Covarrubias, G, Martínez M, R,.** Et al. Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. Rev. Odontología pediatríca, vol.10,2011, págs.22-27.

La colocación del dedo pulgar sobre el paladar facilita la presión hacia fuera de los incisivos superiores produciendo protrusión dentoalveolar (Figura 9).

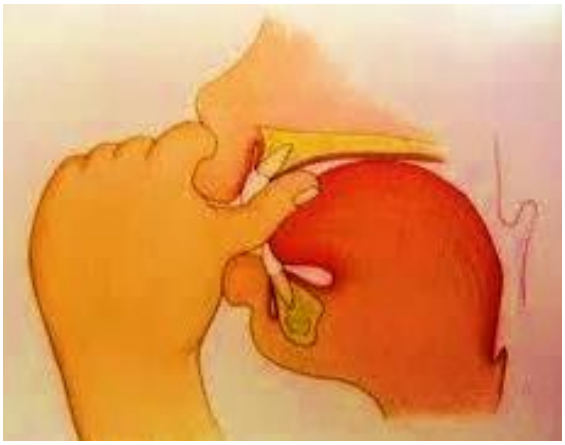

Fig.9 Se puede observar cómo el dedo pulgar succionado afecta al paladar, lengua y los incisivos tanto superiores como inferiores.[37]

Se observa la retroinclinación de los incisivos inferiores por la fuerza de la succión ya que el dedo o los dedos que se succionan, se recargan en los incisivos inferiores. La mordida abierta anterior es en relación vertical donde no existe el contacto entre los dientes superiores e inferiores, esto lo podemos encontrar en la zona anterior o lateral (Figura 10).

37 http://cuidemosjuntostuboca.blogspot.mx/2013/02/chuparse-el-dedo.html citado:23-04-14.

Fig. 10 Alteraciones más frecuentes como consecuencia de la succión digital, observamos retroinclinación de incisivos inferiores, mordida abierta.[38]

Asimismo se puede observar que el músculo buccionador debido a la succión digital, realiza un estrechamiento de la arcada superior ya que la lengua al presionar el dedo contra el paladar ejerce fuerzas compresivas que favorecen por su parte la protrusión de los incisivos superiores.[39]

Si se produce mordida cruzada posterior, se disminuye el diámetro de la arcada superior debido a la fuerza que hacen las mejillas al succionar junto con una posición baja de la lengua. Esto hace que en los lados, los molares superiores muerdan por dentro de los inferiores.

3.2.2 Tratamiento para el hábito de succión digital

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad, si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados.

38 http://www.e-ortodoncia.com/foro/articulos-ortodoncia/2194-el-problema-transversal-generalidades diagnostico-y-clasificacion.html citado el 20-03-14.

39 **Joseep, M.l** Manual de ortodoncia Etiopatologenia de las maloclusiones 3ª ed.Masson, Barcelona 2011. págs. 201-210 .

Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en dos categorías: tratamientos psicológicos y utilización de dispositivos ortodóncicos para disminuir el hábito.

Para poder alcanzar el éxito durante el tratamiento psicológico es importante establecer la plática entre los padres y el niño al cual se le explican las alteraciones que conlleva la succión digital, por medio de modelos e imágenes que demuestren las alteraciones ya antes mencionadas.

Otros métodos utilizados son los de reforzamiento positivo que consiste en un pequeño premio por cada período de tiempo pre-establecido en un calendario en el que el niño reflejará que es capaz de estar sin succionarse el dedo, dando puntos por cada día sin hábito, con un premio al llegar a un cierto número de puntos.

Los dispositivos ortodóncicos como la rejilla palatina, es uno de los dispositivos más sencillos y de mejor resultado. Este aparato puede ser removible o fijo soldado a bandas. El aparato se mantendrá en boca de 3 a 6 meses para disminuir la regresión [40] (Figura 11).

40 **Vellini, F**. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 2da. Edición. Editorial Artes Médicas, Sao Paulo. 2004, págs:74-82.

Fig.11 Podemos observar rejilla palatina removible (izq.). Arco vestibular fijo (der.) con bandas en morales permanentes. [41]

También podemos mencionar el aparato Bluegrass. Éste controla el hábito de succión digital en el niño, tanto en dentición primaria, mixta y permanente. En general, es un aparato bien tolerado y aceptado por los niños. Es fijo, compuesto por un rodillo de teflón hexagonal insertando en un alambre palatino; se recomienda el uso de este aparato de 4 a 6 meses con revisiones para ver cómo ha sido aceptado por el niño. La ventaja del Bluegrass es que el rodillo puede actuar como un estimulante neuromuscular para la lengua, de manera que puede ayudar a algunos pacientes con dificultad de lenguaje (Figura 12).

Fig.12 Este aparato está conformado de un rodillo que impide la succión digital. [42]

41, 42 http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp citado: 20-03-14.

El aparato de Graber superior es fabricado para eliminar la succión digital; se coloca fijo en el maxilar superior. La característica más importante del diseño es la estructura de alambre en forma de rejilla, que previene una mayor deformación de la región anterior del maxilar por la acción de succión digital (Figura 13).

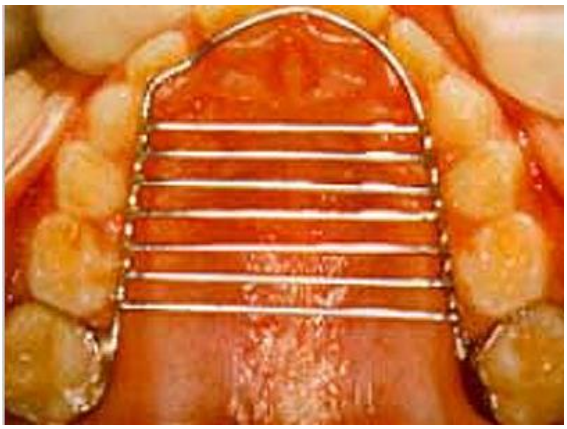

Fig.13 Podemos observar el aparato de Graber con bandas en molares con una estructura de rejilla para evitar el hábito de succión. [43]

Otro sistema para la eliminación del hábito de succión es el llamado ThumbGuard; está conformado de policarbonato el cual es un plástico demasiado rígido que impide que el niño lleve el dedo a la boca, su forma es la de un guante el cual se adosa a todo el pulgar para que no pueda ser introducido a la boca ya que éste se ajusta a toda la mano del niño por medio de un cinturón que se fija en la muñeca; el pulgar queda completamente aislado para eliminar el hábito[44] (Fig.14).

43 http://succiondigitalbucal.blogspot.mx/2013/10/succiondigital.html citado:20-03-14.
44 http://www.thumbguard.com/spanish/Thumbguard.html citado el 20-03-14.

Fig.14 Podemos observar el plástico del cual está conformado. Se coloca en los dedos succionados y se sujeta en la mano del niño.[45]

3.3 Succión del chupón

Otro aditamento que satisface necesidades de succion no nutritiva es el chupón que tranquiliza al bebé, al momento en que esté succionando promoviendo un desarrollo bucal sano, si se retira antes del año de edad. El bebé, mientras succiona, entrena sus músculos y perfecciona la coordinación entre la mandíbula, el paladar, la lengua y los labios. De este modo se estimula el desarrollo de la respiración, la deglución y el habla.

3.3.1 Chupones ortodónticos

Los chupones ortodónticos, cuando se usan correctamente, pueden darle un considerable impulso de desarrollo o estímulo para el bebé, ya que cumplen con los movimientos de succión más natural a la succión del seno materno. Los chupones ortopédicos tienen como ventaja que no son redondos esto hace que se adapten mejor al maxilar del bebé y así permitirle a la lengua

45 http://www.thumbguard.com/spanish/Thumbguard.html citado el 20-03-14.

que pueda moverse a fin de desarrollar los músculos que conllevan la succión, para que los labios tengan un adecuado cierre (Figura 15). La posición del chupón ortodóntico se asemeja a la posición de succión del seno materno, por el contacto que tiene el chupón por el paladar y la posición de la lengua que hace que se estimulen los músculos para un mejor desarrollo facial.[46]

Fig. 15 Succión de chupón Succión de seno materno [47]

Estos chupones tienen la capacidad de replicar la suavidad del pezón, están fabricados de látex y silicona por tanto el contorno de estabilidad en el canal proporciona suavidad y flexibilidad. Es importante saber los tamaños de los chupones ya que se tienen que cambiar periódicamente por el crecimiento facial del bebé para que sigan cumpliendo la función de estimulación sobre los músculos de la boca.

3.3.2 Recomendaciones para el uso del chupón

Este accesorio calma la necesidad de succión del pequeño, lo tranquiliza y contribuye a fortalecer sus maxilares. El chupón, que se utilizará será el ortodóncico diseñado a imitación del pezón materno, proporciona un bienestar similar al de mamar y, por consiguiente, tranquiliza.

46 **Aristigueta, R..** Ortodoncia preventiva clínica. 2da. Edición. Ediciones Monserrate LTDA. Bogotá Colombia 2003 págs:125-138.
47 http://www.nukargentina.com.ar/userdata/Soothers_ES.pdf citado 11-02-14.

Se utiliza para silenciar las protestas del pequeño cuando reclama la atención del adulto. Es muy común que los padres endulcen el chupón con miel o azúcar, esto propicia la aparición de caries de la infancia temprana, por lo tanto, no endulzarlo con ninguna sustancia.[48] El uso prolongado del chupón, puede producir desviaciones dentales y malformaciones en el paladar, por lo que debe suspenderse su uso después de la erupción de los primeros incisivos, antes del año de edad.

El desprendimiento del niño hacia el chupón, puede lograrse gradualmente, retirándolo de su boca, una vez que el bebé se ha dormido.

Debe revisarse frecuentemente, para evitar accidentes por asfixia, ya que con el uso, podría desgastarse el material, facilitando el desprendimiento de la base.

48 **Martínez M, Garza H, Covarrubias, G, Martínez M,** Ibidem págs:30-36.

CONCLUSIONES

La lactancia materna se considera como el medio de obtención de nutrientes más importante para el bebé, además juega un papel muy importante en el proceso de maduración fisiológico, psicológico y sistémico para el desarrollo.

Cabe mencionar que es un proceso fundamental para el desarrollo maxilofacial y de la oclusión normal en el desarrollo infantil. Sin olvidar que es importante la suspensión hasta los primero 6 meses de vida o en presencia de los dientes temporales, para evitar formación de caries de la infancia temprana.

La leche de fórmula puede proporcionarse cuando la madre sufra alguna enfermedad grave, si no produce leche o simplemente por el rechazo hacia el seno materno.

La leche de fórmula puede ser de gran ayuda en caso de algún suceso ya antes mencionado, este tipo de lactancia está conformada de fórmulas que ayudarán al bebé a que tenga el mayor parecido a la alimentación de seno materno con ayuda de chupones que se asemejen lo más posible al pezón, para así lograr un mejor cierre de la boca y así cumplir la función de desarrollo facial.

No debemos satanizar este método de alimentación ya que es de gran ayuda al rechazo o insuficiencia de la leche materna.

.

Otro tema importante en este trabajo fue la importancia de la succión no nutritiva de tipo digital, generalmente este tipo de hábito lo realiza el bebé por la falta de satisfacción al momento en que fue alimentado, y puede presentarse en bebés que se alimentan con biberón por la falta de cansancio al succionar el chupón. Este hábito se puede permitir hasta los 3 años de vida.

El uso de chupón ortodóntico tiene como ventaja que es lo más parecido al pezón del seno de la madre, para que al momento de realizar la succión cumpla con todos los movimientos para no alterar el crecimiento facial del niño, sin embargo, cabe mencionar que este aditamento también se tiene que retirar antes del primer año de vida.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Pediatric Dentistry Fast Facts at www.aapd.org/pdf/FastFacts02-03.pdf citado:15-03-14.

Aristigueta, R.. Ortodoncia preventiva clínica. 2da. Edición. Ediciones Monserrate LTDA. Bogotá Colombia 2003 págs:125-138.

Barbería L.E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Editorial Médica Ripano, S.A., Madrid , 2005 págs112 – 138.

Berenguer C, Rodríguez M. Cómo preparar correctamente un biberón Rev. Nutrición Pediátrica Vol. I. 2004 págs. 25-42.

Blanco R, Fonte GG. Aspectos inmunológicos de la lactancia materna. Rev Cubana 1998 págs. 541-547.

Boj, J, Mendoza, A, Catalán, M. Odontopediatría Masson S.A., Barcelona 2005 págs. 380-385.

Bravo J. Ventajas del amamantamiento en lactancia materna,4ª ed.Ripano, México, 1991 págs. 125-132.

Carpentier,M Psicología Freud y el Psicoanálisis. “Etapa del Desarrollo Psicosexual” Rev. Neuro-educ. vol.1 2013 págs.13-18.

Checcacci E. Lactancia materna y lactancia artificial. Ciron Perinatal Vol.4 2003 págs. 63-72.

Declaración sobre lactancia materna-OMS/UNICEF-2004. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud, Singapur, 2004, págs. 12-18.

Díaz P, Rodríguez M, Cádiz D, Bobenrieth K. Odontopediatría Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares.6ªed. McGraw-Hill. Chile.1999 págs.470-482.

Diccionario de la Lengua Española. Antecedentes históricos del biberón Real Academia Española Tomo I 22ª ed.2004 . págs. 503-521.

Ferreira F. Diagnóstico y Planificación Clínica en Ortodoncia. 2ª ed AMOLCA Costa Rica 2004, pág:255.

Gerard J. Tortora, Nicholas P. Principios de Anatomía y Fisiología.- 6ª ed. Edit. Oxford 1999 Madrid. págs. 1194-1197.

Hernández M. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Revista Cubana Ortodoncia Vol.15, 2000 págs. 66-70.

Hubertus J.M , Paul. W. Odontología Pediátrica.-Tratamiento ortodóncico interceptivo durante el desarrollo de la oclusión. Edit. Masson .Caracas Venezuela 2004 Págs. 254-255.

Joseep, M.l Manual de ortodoncia Etiopatologenia de las maloclusiones 3ª ed. Barcelona 2011. págs. 201-210.

Larotta Lina. Odontología Pedíatrica. Hábitos como factores psicológicos de las maloclusiones. 2ªed. Edit.Latinoamericana Colombia 2003 págs. 171-180.

Manual de fórmulas lácteas, sustitutos y complementos nutricionales utilizados en pediatría. Bogota, Colombia 1997. Págs. 2-15.

Martínez M, Garza H, Covarrubias, G, Martínez M, R,. Et al. Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. Rev. Odontología pediatríca, vol.10,2011, págs.22-27.

Método Kassing. Journal of Dentistry for Children 2000 http://www.lowmilksupply.org/bottlefeeding.pdf citado:05-03-14 .

Ortega G, Negron R, Rocca R, Estudios sobre lactancia materna y hábitos bucales incorrectos de succión. Rev. Cubana, Vol. 8 1993, págs. 31-37.

Ortega V. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana 1997 págs 53-54.

Peraza Roque, Georgina J. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. 2000. vol.16, Rev Cubana, págs. 402-405.

Quiróz O. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos orales en odontología. Ortodoncia Vol.13 Rev. Latinoamericana 2006, consultado: 10 febrero 2014 en: http://www.publicacion@ortodoncia.ws.

Rodríguez GR, Shalfer LA. Nuevos conceptos de lactancia artificial, su promoción y la educación de la salud. Revista. Inv. Biologicas. Vol.3 1991 págs.: 1-15.

Rubio Pilarte, Solórzano Sánchez ,Historia del uso de biberón , Revista Española Vol 3, 2011.págs.53-67.

Secretaría de Salud .Lactancia materna, México, D.F. UNICEF 1992 http://secretariadesalud-alimentacion-para-html. Citado 02-02-14.

Vellini, F. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 2da. Edición. Editorial Artes Médicas, Sao Paulo 2004 págs:74-82.

W.A .Kelly. Formación de hábitos psicológicos .Edit. Morota .México 1992 págs.171-174.

http://cuidadoinfantil.net/meses/recien-nacido/recien-nacido-alimentacion citado:30-01-14.

http://cuidemosjuntostuboca.blogspot.mx/2013/02/chuparse-el-dedo.html citado:23-04-14.

http://enfeps.blogspot.mx/2011/09/el-biberon-su-historia-y-algunas.html citado:14-03-14.

http://neurocienciasneofronteraseneduc.blogspot.mx/2009/10/biografia-oculta-de-la-vida.html citado:11-03-14.

http://uma2012.lactivistas.org/OdontopediatriafuenteAntonietaHernández citado:10-02-14.

http://succiondigitalbucal.blogspot.mx/2013/10/succiondigital.htmlcitado:20-03-14.

http://veyvi.blogspot.mx/archive.htmlcomodarpechoparteI citado:03-03-14.

http://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/17084.html citado:30-01-14.

http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/monografias/monografia.pdf citado:18-03-14.

http://www.e-ortodoncia.com/foro/articulos-ortodoncia/2194-el-problema-transversal-generalidades diagnostico-y-clasificacion.html

http://www.nukargentina.com.ar/userdata/Soothers_ES.pdf citado 11-02-14.

http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp citado: 20-03-14.

http://www.slideshare.net/utebo6b/cuidados-del-recin-nacido-1481156 citado:16-02-14.

http://www.thumbguard.com/spanish/Thumbguard.html citado el 20-03-14.

http://www.thumbguard.com/spanish/Thumbguard.html citado el 20-03-14.