

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**INFLUENCIA DEL FACTOR PSICOLÓGICO EN EL HÁBITO DE
SUCCIÓN DIGITAL Y SU EFECTO SOBRE LAS
MALOCLUSIONES EN NIÑOS**

Integrantes:

Lovera, Naylin
Manzanero, Marisabel

Profesor:

Carlos Sierra.

Valencia, Julio del 2001

DEDICATORIA

*A Dios, a nuestros Padres, Hermanos, Profesores y
Amigos, porque sin ellos no hubiese sido posible la
culminación de este proyecto.*

Con mucho Amor...

*Lovera Naylin.
Manzanero Marisabel.*

AGRADECIMIENTOS

Sería descortés de nuestra parte si antes de finalizar nuestro trabajo no damos las gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera nos dieron su apoyo incondicional, solo con el objetivo de ver como uno de nuestros sueños se hace realidad.

Agradecemos de una manera muy especial, a nuestro querido amigo, compañero y profesor Carlos Sierra, quien es nuestro asesor interno y quien nos dio constantemente su apoyo y dedicación para la realización y confrontación de nuestro proyecto de investigación.

Al Dr. Harol Manzanero quien nos brindó de una manera muy admirable todos sus conocimientos y bibliografía acerca de la materia y nos extendió su mano amiga en los momentos en que veíamos con ojos de angustia que tal vez nuestra meta no sería alcanzada.

A nuestros amados padres quienes siempre estuvieron a nuestro lado apoyándonos moralmente y dándonos su aliento, que solo ellos pueden brindar.

Y por ultimo agradecemos cordialmente a todos aquellos doctores, profesores y amigos que de diferentes formas se interesaron por el cumplimiento satisfactorio de nuestro proyecto y que aportaron su granito de arena.

Que Dios los Bendiga

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INTRODUCCION	
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	
JUSTIFICACION	
CAPITULO I	
Hábito de succión digital y sus tipos.....	
CAPITULO II	
Características de los niños que presentan el hábito de succión digital.....	
CAPITULO III	
Maloclusiones asociadas a la practica de succión digital.....	
CAPITULO IV	
Causas posibles por la cual los niños adquieren el hábito de succión digital.....	

CAPITULO V.....

Tratamientos para corregir maloclusiones.....

CONCLUSIÓN.....

BIBLIOGRAFÍA.....

ANEXOS.....

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**INFLUENCIA DEL FACTOR PSICOLÓGICO EN EL HÁBITO DE
SUCCIÓN DIGITAL Y SU EFECTO SOBRE LAS
MALOCLUSIONES EN NIÑOS**

Integrantes:

Lovera, Naylin

Manzanero, Marisabel

Profesor:

Carlos Sierra.

RESUMEN

La boca es el órgano más importante en el hombre y la práctica de succión digital va a provocar un desequilibrio en el desarrollo del sistema estomatonagico, originando como consecuencia que los niños lleguen a presentar una serie de características asociadas al hábito, tales como respiración bucal, cierre incompleto de los labios proyección de la lengua entre los dientes y los labios, etc, también pueden causar ciertas Maloclusiones como mordidas abiertas, protusión mandibular, rotación de incisivos, diastemas e interferencia de la erupción. Es de gran importancia tener conocimiento de las posibles causas por la que el niño adquiere succión digital y las más comunes son mecánicas y emocionales, imitativas, compulsión por la gratificación oral, factor ambiental y alimenticio. Por último una vez que el hábito esté presente y ha ocasionado Maloclusiones es prioritario hablar sobre los diferentes tratamientos de corrección, reforzamiento y con aparatología; y lo primordial es que debe existir la cooperación del niño y de los padres para la erradicación del hábito.

INTRODUCCIÓN

La boca es el órgano más importante de comunicación del hombre, especialmente del niño. A través de ella no solo ejerce actividades vitales sino que es la única forma de expresión emocional, como su comunicación con el medio ambiente; dado que los hábitos en su concepción psicológica pertenecen a la subesfera efectiva, emocional, es fundamental hacer un análisis del problema, señalando las tendencias y orientaciones que al respecto se siguen para así conocer la psicogénesis u origen de dicho hábito y por consiguiente se estudiará las maloclusiones en los niños con el hábito de succión digital.

Parte importante de estas maloclusiones es tratar sobre las características generales en los niños que practican el hábito de succión digital. A su vez se determinaran los tipos de succión digital, se conocerán las maloclusiones asociadas a la practica de succión digital y se mencionaran las posibles causa por la cual los niños adquieren el hábito de succión digital, junto con los tratamientos que se apliquen a los niños para corregir dichas alteraciones.

Por otra parte Thonson (1972), ha comunicado que en odontopediatría, el tratamiento de los hábitos en la prevención, intersección de los problemas oclusales de los niños, etc., se basa en la conexión, control o eliminación de comportamientos orales indeseables como el caso de succión digital, lo que conlleva a indagar sobre este problema en los niños, para ampliar los conocimientos y brindar información a la población sobre este hábito y las maloclusiones que producen anatomofuncionalmente y por ende el deterioro de la salud oral.

La investigación consta de cinco capítulos estructurados de la siguiente manera: El capítulo I hace referencia a el hábito de succión digital y sus tipos. El capítulo II trata sobre las características de los niños que presentan el hábito de succión digital. El capítulo III sobre las maloclusiones asociadas a la practica de succión digital. En el capítulo IV se hace referencia sobre las causas por las cuales los niños adquieren el hábito de succión digital. Y en el capítulo V se plantea sobre los diferentes tratamientos para corregir las diversas maloclusiones producidas por el hábito y practica de succión digital.

Objetivos.

Objetivo General:

Explicar la influencia del ipso psicológico en el hábito de succión digital y su efecto en las Maloclusiones en niños.

Objetivos Específicos:

- Desarrollar los aspectos generales del hábito de succión digital y los tipos practicados por los niños.
- Caracterizar a los niños con el hábito de succión digital que presentan Maloclusiones.
- Analizar las Maloclusiones asociadas a la práctica de succión digital.
- Analizar las posibles causas por la cual los niños obtienen el hábito de succión digital.
- Describir los tratamientos que se aplican a los niños para corregir las Maloclusiones.

Justificación.

La succión digital es practicada por muchos niños, por variedad de razones, sin embargo, no parece ser una preocupación clínica principal para el odontólogo general sino una responsabilidad única para los especialistas, debido a la controversia que puede causar el hábito de presión anormal, por ser similar a las características de un ritmo de patrón hereditario clase II división II.

Desde los últimos meses de vida intrauterina el bebé se está chupando el dedo pulgar como un impulso natural que lo prepara para succionar el seno desde los primeros momentos luego del nacimiento, este instinto o reflejo de succión es indispensable para su supervivencia, además de proporcionarle al bebé agradables sensaciones de tranquilidad y sosiego. La succión tiene una estrecha relación afectiva y emocional del ser, así que la succión inadecuada del biberón, debido a las aberturas grandes que requieren poco esfuerzo por parte del niño dando lugar a la

succión del dedo como una necesidad persistente de gratificación bucal.

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

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

Debido a las variadas maloclusiones ocasionadas por el hábito de succión digital y el desconocimiento de las comunidades hacia los mismos por lo que se realiza este trabajo y así brindar conocimientos y soluciones a la población y de esta manera ayudar a mantener y mejorar la salud bucal e integral.

CAPITULO I

HABITOS DE SUCCION DIGITAL Y SUS TIPOS.

La boca es el órgano más importante de comunicación del hombre y especialmente del niño, a través de ella, no sólo ejerce actividades vitales para su supervivencia sino que es la única vía de expresión emocional como de su comunicación con el medio ambiente. Es por ello que se hace referencia en esta oportunidad a la influencia del factor psicológico y su efecto sobre las maloclusiones bucales, basándose en experiencias y estudios de quienes en uno y otro campo han dedicado su desvelo hacia el problema de la atención integral del niño. Dentro de dichos fundamentos se tienen:

Tenenbaun (1988), dice que durante muchos años han tratado el habito de succion digital odontólogos, pediatras, psicólogos, terapeuta de lenguaje, sin olvidarse que los primeros que detectan el problema y los más interesados en su corrección son los padres del niño.

Al mismo tiempo el pediatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conductas profundamente arraigadas de los cuales los hábitos bucales pueden ser solamente un síntoma.

Así se tiene que el diccionario terminológico de ciencias médicas (1990), se refiere a los hábitos como costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto.

Se sabe que ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los huesos, la acción normal de los huesos y la masticación adecuada; mientras que existen otros hábitos de presión anormal, que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, y deben distinguirse de los hábitos normales deseados.

Según Anderson (1929) en un estudio sobre alimentación materna, con tetero y mixta demostró que los niños alimentados por sus madres están mejor ajustados y tienen menos hábitos anormales de la musculatura periorales y menos retención de mecanismos infantiles y un fuerte reflejo de succión que los niños alimentados con tetero solamente.

Luego en 1951 Whitman dijo que debe comenzar con la eliminación de las causas de los fenómenos responsables del origen y mantenimiento del hábito y debe obtenerse una historia completa para encontrar la causa.

Fue en 1974 que Graber estudió un grupo de niños que se encontraban en período de lactancia y observó que los alimentados por pecho tenían menos hábito de succión que los alimentados con tetero y al mismo tiempo observó que los niños que eran alimentados por pecho tenían unas madres emocionalmente estables, mientras los alimentados con tetero eran producto de madres inestables y hasta desequilibradas emocionalmente.

En 1985 Magnusso basado en observaciones realizadas en el periodo 1983-1984 afirmó que la mayoría de los niños abandonan espontáneamente sus hábitos de chuparse el dedo y por lo tanto no sería necesario emplear ninguna medida terapéutica general para combatirlo durante los primeros cuatro años.

Después de 1989 Aristigueta realizó un estudio a 225 niños que practicaban el hábito de succión digital y en ellos observó que dicho hábito no sólo causa problemas físicos y funcionales sino también psíquicos.

Hábitos

Según Tenenbaun (1988) existen diversa teorías acerca de los hábitos, pero de manera simple o complejas todas se refieren a hábitos como la práctica de un mismo acto que se hace inconsciente y de manera frecuente donde el hábito normal, ya sea respiratorio, deglutido masticatorio, o de lenguaje o pronunciación, propende el desarrollo del sistema estomatognático; mientras el hábito anormal, ya sea por respiración bucal, por intersección lingual o labial, por succión digital, chupetes o agentes extraños interfieren con el funcionalismo del sistema estomatognático.

Ello provocará un desequilibrio del mecanismo succionador constituido principalmente con los buccinadores y orbiculares de

los labios que ejercen una presión centrípeta y la lengua, que normalmente lo equilibran con su presión centrífuga.

Según Anderson (1929), los hábitos bucales fisiológicos pueden ser normales y anormales. La fisiología bucal trata de las partes del mecanismo oral; esto se refiere a la acción muscular de los labios, lengua y carrillos en descanso y durante la fonación, deglución y respiración, la acción y el equilibrio normal muscular provocan y mantienen la oclusión.

Tipos de Succión Digital

En (1982) Ochoa los clasificó en:

- Succión del pulgar: La succión se realiza colocando la parte dactil del dedo hacia el paladar, produciendo deformación a nivel del paladar y rotación hacia delante de los incisivos centrales superiores.
- Succión del anular y medio: Este tipo de succión se realiza de igual forma que el pulgar colocando la parte dactil, pero mirando hacia la parte gingival de los incisivos centrales inferiores produciendo rotación de los mismos.

- Succión del índice y medio: Esto provoca movimiento de los incisivos centrales superiores e inferiores, produciendo malformación, separación y rotación de los mismo.
- Succión del índice y anular: Adquiere la misma posición que los anteriores produciendo malformación tanto a nivel de los incisivos centrales y laterales como los caninos, ayudando a la desmineralización del esmalte.

CAPITULO II

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN EL HABITO DE SUCCION DIGITAL

Características de los Succionadores de Dedo

Según Hellman (1921), los niños que presentan el hábito de succión digital, pueden tener diferentes alteraciones en el sistema estomatognático dependiendo de una tríada conformada por la duración, frecuencia y la intensidad con la cual el paciente practica el hábito en cuestión. También es importante tomar en cuenta la posición del dedo, la presión que éste ejerce sobre los tejidos circundantes, las diversas contracciones musculares que se generan, los cambios en la posición mandibular y en general la incidencia de todos estos factores en el desarrollo y crecimiento del futuro individuo. Es muy frecuente observar en estos paciente alteraciones de la musculatura peribucal, tales como: hipotonía del labio superior, mientras que el labio inferior se transforma en hiperactivo, ya que éste debe ser elevado con

ayuda de la contracción del músculo borla del mentón para producir el cierre anterior de la cavidad bucal.

Presenta arcadas dentarias alteradas: Incisivos superiores inclinados hacia delante, incisivos inferiores hacia atrás, sobre mordida o mordida abierta.

La lengua está colocada entre los dientes superiores e inferiores en la deglución, fonación y en reposo.

El dedo succionado se ve más limpio que los demás y posiblemente presenta callosidades y aplanamiento.

Signos Extraorales de la Acción Muscular Bucal Normal:

1. La respiración se hace por la nariz con la boca cerrada.
2. La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, mostrar los dientes ni mover los labios.
3. Los elementos extraorales, como dedos o ropas no deben llevarse a la boca. Los dedos y las rodillas no

están enrojecidos y no presentan callosidades, sino que tienen apariencia normal.

En descanso los dientes están separados, los labios juntos, la punta de la lengua apenas por debajo de las arrugas palatinas y las partes media y posterior de la lengua algo deprimidas. Como los labios están cerrados, el paciente debe respirar por la nariz. Durante la fonación normal, la lengua no debe verse sobresaliente entre los dientes o labios (Ochoa 1982)

Ahora bien, en condiciones fisiológicas anormales la acción muscular alterada tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios buccionadores sobre las caras vestibulares de los dientes y la lengua sobre las caras linguales y palatinas de estas últimas. Como resultado de ello los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones (Garliner 1971).

Signos del Hábito Bucal Fisiológico Anormal:

1. Respiración bucal.
2. Cierre incompleto de los labios cuando se respira y durante la deglución.
3. Proyección de la lengua entre los dientes y labios durante la respiración y la deglución.
4. Movimiento de la musculatura facial peribucal durante la deglución; aunque los labios pueden permanecer cerrados.
5. Dedos irritados, inflamados, con callosidades.

Hay factores etiológicos subyacentes a los hábitos perjudiciales que ocasionan la maloclusión, ya que los labios pueden no ser una causa primaria sino una intermedia (Planas 1972)

Succión Activa del Pulgar en Vida Intrauterina hasta los Cuatro Años

Una vez que el niño en vida intrauterina ha adquirido este hábito lo conserva hasta después de nacer y éste se irá transformando en un círculo vicioso que va a actuar durante los siguientes períodos: durante el hambre, después de saciarlo y antes del sueño. Este ciclo si no es detenido a tiempo va a actuar durante toda la vida e incluso se ha comprobado que personas adultas mantienen este hábito, la mayoría oculto por temor a la sociedad.

El problema de este hábito antes y después de nacer es la hipertensión de los órganos bucales y peribucles que traen como consecuencia en primer lugar una dependencia psíquica comparable a un vicio, en segundo lugar la hipertonicidad labial y la maloclusión anterior que a su vez trae consigo un paladar hendido y un empuje lingual de los dientes hacia vestibular. Lógicamente que el niño no va a detectar estas anomalías debido

a que no está preparado para diferenciar lo normal de lo anormal que está ocurriendo en su boca (Kraus 1985).

Con relación a esto a los seis meses cuando comienza la erupción dentaria ocurre un retardo del crecimiento dentario debido a la interferencia digital en el espacio libre que a su vez conlleva a que los huesos maxilares no crezcan en el ritmo normal, originándose así una mordida abierta y así conserva el espacio que ocupa el dedo. Se dice que luego de un año el niño continúa con el hábito de succión digital y lo va acompañar con el hábito de biberón como una compensación ya que la succión digital no le provee alimentación.

El mismo autor expresa que desde un año hasta los cuatro años el hábito se hace más frecuente debido a que es una edad donde el niño va adquiriendo más dependencia de sí mismo, en parte en edad los padres se han esforzado para que deje el biberón, están acostumbrando al niño a dormir solo creando un estado de ansiedad y es precisamente en la noche donde el hábito se hace más preponderante. Cabe mencionar que esta es

una edad difícil para que el niño deje el hábito ya que no comprende cuales son sus consecuencias y por el contrario encuentra una especie de salvación en él.

Con respecto a todo lo anterior mencionado este período es el más crítico y es donde específicamente debería abordarse el problema pues hay que dedicarle una atención especial al niño para observar por qué, para qué y cuándo se succiona el niño el dedo y tratar de conseguir así la causa, pues si tiene una razón lógica hay que tratarla para que así el niño deje la dependencia hacia la succión del dedo de no ser así no debe preocuparnos pues el mismo niño abandonará el hábito sin necesidad de ningún tipo de tratamiento.

Succión Activa del Pulgar Después de los Cuatro Años

La mayoría de los pacientes con un hábito de succión prolongada tienen lugares en los cuales el inefectivo intento por romper el hábito, lo que han garantizado es su continuación más allá del tiempo en que podría haber sido dejado automáticamente

por el niño. La permanencia de la deformación de la oclusión pueden aumentar marcadamente. Igualmente es importante la frecuencia de duración del hábito y la intensidad con que se practica.

Por otra parte, Garliner (1971), dice "... Algunos afirman que el niño se chupa el dedo, porque tiene un problema emocional; si usted lo suprime tendrá otros hábitos nocivos en su hogar...". Pero no hay pruebas concretas de que la succión digital sea el reflejo de la inseguridad del niño y por consiguiente no basta darle amor para que el hábito desaparezca.

Según Mayoral (1986), afirma que la succión digital es muy común en niños y puede considerarse normal hasta los tres años como habíamos mencionado con anterioridad, después de esta edad debe procurarse su eliminación por la persuasión y convencimiento racional por parte del niño de los males que le pueden acarrear la persistencia de este hábito.

CAPITULO III

MALOCLUSIONES ASOCIADAS A LA PRACTICA DE SUCCIÓN DIGITAL

Alteraciones Bucales

- **Mordidas abiertas:** (Garliner 1971) La mordida abierta funcional se debe a la fuerza de los músculos orofaciales durante la deglución o hábitos perjudiciales (succión digital. Este tipo de mordida se refiere a la situación en la que existe un espacio entre las superficies oclusales e incisales de los dientes superiores e inferiores de los segmentos vestibulares o anteriores, cuando la mandíbula se lleva a la posición oclusal céntrica habitual.
- **Protrusión de la mandíbula:** (Kraus 1985) dice que la acción simultánea de los músculos pterigoideos externos y de los músculos elevadores dará como resultado la protrusión de la mandíbula. Músculo

- pterigoideo externo consta de dos fascículos uno superior pequeño y otro inferior más grande. El fascículo inferior se inserta en la cara externa de la apófisis pterigoides y termina en la fosa pterigoidea del cuello del cóndilo; es por ello que efectúa un movimiento hacia delante debido al desplazamiento labial por la fuerza de la lengua y los músculos orofaciales, produce maloclusión en el ámbito de los dientes superiores.
- Retrusión de la mandíbula: (Okeson 1995) afirma que la acción simultánea de los músculos elevadores temporales posteriores es lo que provoca una retrusión de la mandíbula, realiza un movimiento hacia dentro, lo que produce maloclusión en el ámbito de los dientes inferiores; las interferencias retrusivas pueden promover bruxismo ya sea como interferencias laterales o como deslizamiento en céntrica.

- Rotación de los incisivos: Ash (1994) dice que la succión digital crea ciertas rotaciones sobre todo a nivel de los incisivos centrales tanto superiores como inferiores, causando una oclusión anormal, es decir, una oclusión no céntrica entre ambos incisivos superiores e inferiores.
- Desplazamiento mesial de los dientes posteriores: Okenson (1995) afirma que debido al movimiento que producen los incisivos, los dientes posteriores ocupan el espacio que ha quedado desplazado hacia mesial. Esta causa dolor muscular en lugar de la facie, y apiñamiento, y si aún no han erupcionado algunos dientes crea interferencia en el crecimiento de los mismos.
- Diastemas: Graber (1974) nos manifiesta que la succión digital de un niño hace que al ser erupcionado los incisivos laterales, esta se desliza por las superficies radiculares de los incisivos centrales hasta alcanzar su posición, lo que causa una acción bilateral

forzando los ápices de los incisivos centrales hacia la línea media. La corona se desplaza distalmente, creando un diastema (separación) en desarrollo. Lo que conlleva a la deglución anormal de los alimentos.

- Interferencia en la secuencia de erupción: Graber (1974) explica el movimiento continuo de los dientes temporarios al ser succionados producen un cambio de posición de los dientes permanentes; lo que trae como consecuencia al erupcionar los dientes permanentes que estos se dirijan hacia lingual, ocasionando un estado de apiñamiento, sin espacio entre los mismos; su acomodamiento va a depender del espacio de los maxilares para alimentarlos correctamente, y del grado de succión practicado, trayendo como consecuencia una oclusión cruzada y una dirección anormal de la erupción de los demás dientes si no es arreglado a su debido tiempo.

Entonces Aristiguieta (1989) considera que la succión produce con gran frecuencia alteraciones dentofaciales por la presión

efectuado por el dedo sobre la parte anterior del paladar al empujar hacia delante los huesos maxilares produciendo una bóveda palatina profunda y contracción del arco superior llegando a afectar las fosas nasales. En los dientes anteriores produce vestibuloversión y posiblemente diastemas entre ellos.

Con un patrón braquicefálico apenas el hábito de succión digital apenas influiría en su desarrollo, pero en un patrón dolicocefálico puede agravar considerablemente las anomalías que ya de por sí estuvieran presente o que pudiesen ser ocasionadas por dicho hábitos,

Las consecuencias más frecuentes sobre la dentición sería la mordida abierta anterior, compresión maxilar linguoversión de los incisivos inferiores. Cuando exista un substrato esquelético apropiado se va a desarrollar una clase II esquelético en la cual vamos a observar un ángulo mesolabial muy disminuido por la protusión y la prognacia del maxilar.

Se podría decir que el tipo de maloclusión va depender directamente con el tipo de succión que realice el niño, pues dependiendo del dedo que utilice, la cantidad de dedos, la posición,

la fuerza, la frecuencia con la que el niño practique el hábito va influir en el sistema estomatognático y va a repercutir por ende en el desarrollo anormal de la posición dentaria conjunto a sus tejidos.

Según Ash (1994) también se puede mencionar dentro de las alteraciones bucales y faciales producidas por el hábito de succión digital:

- Paladar ojival.
- Amígdalas hipertrofiada.
- Cara alargada.
- Resequedad de los labios.
- Labios hipertónicos.
- Narinas de mayor diámetro.
- Ojos hundidos.
- Perfil convexo.
- Línea media alterada.

- Llave canina alterada.
- Relación molar alterada.

CAPITULO IV

CAUSAS POSIBLES POR LA CUAL LOS NIÑOS ADQUIEREN EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

Según Barnett (1983), existen los siguientes factores como causales de los hábitos:

1. Mecánicos: Estas se ven en un niño que tiene patrones de respiración y deglución normales, pero al erupcionar los dientes en posición eptópico provocan una interferencia mecánica.
2. Catológicas: Como consecuencia de una enfermedad originalmente pero que luego de haber remitido persiste el hábito.
3. Emocionales: Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que generalmente desaparecen cuando el niño madura, pasan el problema emocional.

4. Imitativos: Los niños aprenden por imitación al hablar, sentarse, etc. Como resultado desarrollan los hábitos de sus padres o amigos.
5. Conducta al azar: Representan aquellos comportamientos cuyo propósito no se entienden en la actualidad o tienen orígenes tan remotos clínicamente que no pueden ser identificados.
6. Aberraciones de succión perinatales residuales: Es el más difícil de corregir los que están profundamente arraigados pueden transformarse en empuje lingual o hábito de succión labial. A veces, los hábitos de succión frustrados en los niños provocarían una regresión infantil.
7. Instinto de succión: Es el instinto que nos permite la supervivencia a todos los mamíferos. Aquellos hábitos que tienen relación con estos instintos tienden a dejar una impronta más permanente en nuestro

comportamiento y a influir durante el resto de nuestras vidas.

8. Compulsión por la gratificación oral: Una madre que ensancha la abertura del tetero puede frustrar sin querer el instinto de succión del niño, así el niño no puede haber quedado satisfecho porque la succión se vio frustrada. Tal niño tiende a chuparse el dedo o la lengua para satisfacer su instinto de succión.
9. Respuesta de succión condicionada: Si a un niño cada vez que llora la madre reacciona colocándole un chupón el resultado puede ser un niño entrenado en forma inadvertida para buscar una gratificación oral cuando se enfrenta a problemas.
10. Empuje lingual aprendido en la succión: Puede ser una respuesta aprendida en las primeras experiencias de la alimentación o una secuela de la respiración bucal secundaria, de las amígdalas o de las adenoides inflamadas.

Factor Psicológico:

Aunque no solo el factor psicológico está implícito en el hábito de succión del pulgar, en la vida intrauterina es el más relevante, ya que puede hacer que el hábito se prolongue e incluso se inicie, debido a que estimula un carácter dependiente hacia dicho hábito. De hecho se ha demostrado que el hábito de succión digital está asociado instintivamente a la succión de pecho materno, cuyo origen viene ya preescrito en el código genético como causa principal de la supervivencia a través de la alimentación.

Por otra parte todos los niños al nacer pareciera que tuvieran una experiencia previa del acto de la succión, ya que el dominio de este es perfecto e inequívoco.

Haward Smith de la University of Angels afirma en la revista de pediatría (volumen 22, enero 1995) que todos los niños en vida intrauterina tienen una experiencia habitual y funcional del hábito de la succión, ya sea de labio, lengua o digital y que esta es necesaria como estímulo para que los órganos bucales y

parabucales se desarrollen y se adapten al futuro amamantamiento.

Por otro lado se habla del estrés a que está sometida la madre al momento del embarazo, ya sea el cambio hormonal o a la presión que se encuentra sometida por una u otra causa (economía, sociedad, inseguridad, estabilidad, etc.) las cuales producen en el feto un estímulo que acelera tanto sus ondas cerebrales como el ritmo cardíaco, de igual forma todos estos factores anteriormente mencionados causan un desequilibrio emocional en el bebé, y tratando de liberar las tensiones que recaen sobre él y ser compensado de alguna manera adquiere el hábito de succión digital, siendo esta la más común y por qué no hasta “normal” y natural para el momento.

Factor Ambiental

Factor dependiente en el desarrollo normal del niño cuando este psicosocialmente estable los daños que puede sufrir son transitorios, pero cuando el factor social actúa a través de la madre quedan secuelas que pueden prolongarse hasta el período

de alumbramiento, dentro de estos podemos citar las contaminaciones ambientales, la ingesta de medicamentos sin prescripción médica y la falta de estímulo, los cuales pueden desencadenarse en nerviosismo y estados de ansiedad que provoquen en el bebé la necesidad de resguardarse y autosatisfacerse adquiriendo el hábito de succión digital (Tenembaun 1988).

Factor Alimenticio

Tiene una influencia directa sobre la madre y por ende sobre el bebé, pues como se sabe es a través de la madre (cordón umbilical) que el bebé se alimenta y si esta no está bien alimentada, comiendo una dieta balanceada en la que el niño pueda obtener todas las vitaminas, proteínas y minerales que necesita o es que la cantidad suministrada es muy baja, el bebé empieza a desarrollar un sentimiento de insatisfacción induciendo al niño a llevarse el dedo a la boca para satisfacer su necesidad.

Kantorowicz y Cal (1969) afirman que el hábito de succionar se origina de la reducción del tiempo de amamantamiento, debido

a la alimentación con tetero y repentino paso a la alimentación con intervalos fijos.

Ellos también afirman que el lactar no es un proceso de chupar sino de ordeñar y debido a que esta función falta en los niños alimentados con tetero, prevalece en ellos el componente de succión atribuyéndose en este hecho un estrechamiento característico del arco de la región del canino, haciendo permanecer a la mandíbula en posición retraída fisiológica que será modificada por estímulos funcionales al momento de mamar, desarrollándose hacia delante para llegar a la posición correcta, respecto al maxilar y para alcanzar el desarrollo anterior de los órganos masticatorios.

Garliner (1971) da a conocer las siguientes etiologías:

- Hambre: Cuando aparece el deseo de comer en las primeras semanas de vida, esto típicamente está relacionado con los problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria.

- Tensiones o conflictos emocionales. Tales como la inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseo de llamar la atención y otros, de los cuales trata de liberarse o escapar, regresando a un patrón de conducta infantil.
- Relación entre la erotogénesis de la boca, la organización progresiva y la actividad sexual en las primeras semanas de vida (teoría freudiana).
- Prolongación de la lactancia sin restricción: El impulso oral es reforzado por la prolongación de la lactancia sin restricción de ésta.
- Inducción por los padres: Ellos por este medio tratan que el niño se tranquilice y no los moleste.

Debido a todo esto si se pretende establecer las posibles causas del hábito de succión y las correspondientes posiciones de la lengua para que se produzca una deglución atípica con todas las alteraciones que ya hemos expuesto anteriormente, se debe tener en cuenta que la gran mayoría de los niños no han recibido

una alimentación materna adecuada ya sea cualitativa o cuantitativa.

Encontramos que Planas (1972) le da mucha importancia a la alimentación materna porque ella crea una serie de circuitos nerviosos que condicionan la respiración y regulación; su ausencia puede provocar problemas de deglución, posición de la lengua y succión del dedo desde su formación intrauterina hasta los cuatro años de edad.

Como ya se ha dicho anteriormente el niño recién nacido tiene un mecanismo de succión bien desarrollado, con el cual se desarrolla con el mundo exterior. De él recibe no solo los nutrientes sino también sentimientos de euforia o bienestar que son tan esenciales en su temprana vida.

Según Korhaus y Cal (1978) el diseño inadecuado de las mamilas y las dañinas técnicas de alimentación con tetero son uno de los culpables que el niño adquiera el hábito de succión digital y que si la alimentación es hecha con mamilas fisiológicas

existe una razón para creer que la incidencia de hábitos prolongados de chupar el dedo se reducirá significativamente.

Así Gesell e Ilg (1981) piensan que la succión del dedo es perfectamente normal en una etapa del desarrollo del niño. Graber (1950) está de acuerdo con esta opinión y señala que la mayoría de los hábitos de succión digital pueden ser considerados como normales hasta el año y medio y desaparecen espontáneamente al final de los dos años, con la atención adecuada en la alimentación.

Luego Magnussen (1985) afirma que la mayoría de los niños abandonan espontáneamente sus hábitos de succión y por lo tanto no sería necesario emplear una medida terapéutica general para combatirlo durante los primeros cuatro años.

Para los tres primeros años de vida la experiencia ha demostrado que el daño en la oclusión es confinado a la parte anterior.

CAPITULO V

TRATAMIENTOS PARA CORREGIR MALOCLUSIONES

Terapia Miofuncional.

Garliner (1971), dice que mediante la terapia miofuncional se pueden obtener cambios espectaculares, en la oclusión dentaria. Estas fuerzas musculares establecidas por equilibrio muscular, se dan por dos fases comunes: reforzamiento y corrección.

Corrección: Ayudar al niño a que conozca su cavidad bucal y las estructuras que intervienen en la deglución dando a conocer su importancia y por qué está anormal. Se le enseñará a deglutir normalmente.

Reforzamiento: Su estabilización se logrará con ejercicios adecuados hasta que la acción refleja condicionada haya sido establecida al deglutir.

En la protrusión y retrusión: Kraus (1985) especifica que el tratamiento adecuado es mioterapia funcional utilizando algún tipo de aparatología tales como:

Sn2: Posee una rejilla y arcos entrelazados que deben tocar la lengua y los dientes según la malformación que presente.

Sn3: Posee dos rejillas una superior y una inferior, se usa cuando los arcos entrelazados del Sn2 no funcionan para reposicionar la lengua.

Sn4 Este lleva escudos vestibulares y es usado para mordidas cruzadas.

Por otro lado Ochoa (1982) habla del aditamiento que convierte el hábito de dedos en algo que no tiene sentido y ayuda a romper la succión. El niño puede colocar su dedo en la boca, pero no recibe satisfacción, además previene que la presión de los dedos desplace los incisivos superiores lo que crea mordida abierta.

Otros Tratamientos

Los llamados tratamientos locales, a su vez estos se dividen en positivos y negativos.

Tratamiento negativo: El padre hace que el niño saque el dedo de la boca repetidamente, el cual no tiene mucho éxito porque el niño puede volver a la práctica cuando los padres no están presentes.

Tratamiento positivo: En este los padres fuerzan al niño a mantener el dedo dentro de la boca hasta que este se canse y quiera retirarlo.

Un tercer tratamiento consiste en la aplicación de medicinas o sustancias de mal sabor. Pero el método más eficaz es la cooperación del niño guiado por el odontólogo y/o los padres.

El odontólogo al conversar con el niño discute el problema y sus efectos, luego le pide al niño que lleve el dedo a la boca todas las veces que quiera hacerlo, al registrar las debilidades se ve el progreso. Cariño y comprensión son las dos ayudas mayores que puede recibir el niño durante este período, es por ello, que este

problema como se mencionó anteriormente puede ser eliminado con la cooperación del niño los padres y el odontólogo.

El lema “Begin with the end in mind” empieza con el fin en la mente; es primordial, iniciar cualquier clase de tratamiento, aunque sea en la dentición temporal.

Las pautas precorizadas por Mut (1998) y aconsejables por Basgones (1998) son muy validas, al tomar la desición de iniciar el tratamiento. Son los siguientes:

- Reconocer las características de la maloclusión y deformidad dento – facial.
- Identificar la naturaleza del problema y los factores etiopatogénicos.
- Valorar las características individuales y personales del paciente y sus familiares.
- Diseñar un plan de tratamiento basado en las características maloclusivas y en las condiciones biológicas y psíquicas del paciente.

El protocolo del tratamiento en la dentición temporal debe cubrir todos los registros que habitualmente se toman para el tratamiento de las fases más avanzadas.

Una vez estudiado y diagnosticado el caso, se tomará la desición de instaurar un tratamiento de inmediato o bien un poco de espera llamado periodo de observación, la principal ventaja de un periodo de observaciónb es que disponen de

repetidas oportunidades para estudiar la solución de la maloclusión del crecimiento y desarrollo facial, del ritmo de maduración, de las características psicológicas del paciente y su entorno, de sus antecedentes hereditarios (Morresi 1999), aspectos que son necesarios para un mejor diagnóstico y pronóstico.

Ciertamente no toda la terapia en edades tempranas es siempre una buena opción. Aunque el tratamiento se inicie en la dentición temporaria, es condición indispensable planear un tratamiento a largo plazo hasta que la dentición esté completa y el crecimiento haya cesado.

Antes del inicio del tratamiento hay una serie de factores interrelacionados que deben cuidadosamente evaluarse con el fin de determinar si el inicio del tratamiento está indicado o no , éstos son según Morresi (1999) los siguientes:

- La cooperación del niño y de sus padres. Generalmente entre los 3 y 6 años la actitud del niño, en una clínica que disponga de un entorno apropiado, es correcta.

Sin embargo, su cooperación depende en gran medida de la actitud que adopten sus padres ante el tratamiento, la dependencia y relación del niño a su entorno familiar es completa, por lo que, más que ninguna otra circunstancia la opinión de sus progenitores debe tenerse en cuenta a planear el tratamiento y diseñar la aparatología.

Sistema Estomatognático en su conjunto: Debemos valorar la totalidad del aparato estomatognático y evaluar la gran diversidad de elementos que la componen y que constituyen los circuitos morfogenéticos de autorregulación descritos por el, existe una gran necesidad terapéutica de normalización de todos y cada uno de los eslabones integrantes del circuito, pues de lo contrario habría estabilidad con el resultado final del tratamiento. De todo ello, se desprende la dificultad que representa conseguir la normalización de todos los elementos que constituye el Sistema Estomatognático en la dentición temporal.

SISTEMA ESTOMATOGNATICO

Vías respiratorias

altas

Patrones de movimiento

Cf1- Cf2- Cf3- Cf4

SNC

Terapeutica

Morfología maxilar

ATM

(eunagcia/disgnacia)

Oclusión dentaria

Periodonto

Circuito morfogenético del sistema estomatognático según Antonio Boscones, Bionaster mordida abierta: Consta de un cuerpo de acrílico adoptado a las caras linguales del arco inferior, mientras que el acrílico superior se extiende hasta los dientes posteriores dejando una delgada capa de acrílico entre los dientes, permitiendo la extrusión anterior y formando la erupción posterior.

Definición de Términos Básicos

Ápices: Punta de cada una de las raíces de los diente.

Arcadas: Arcos formados por el conjunto de dientes de maxilar y mandíbula.

Deglución: Es la suma de fenómenos por los cuales el alimento se traslada desde la cavidad bucal hasta el estómago pasando por el esófago.

Dentición: Se refiere al ordenamiento bien sea temporales o permanentes.

Diente: Órgano duro y resistente de color blanquecino que se ubica en reborde alveolar de los maxilares en el comienzo del aparato digestivo.

Ectópica: Fuera del sitio normal.

Erupción: Aparición de los dientes en la boca después de haber roto su revestimiento gingival.

Hábito: Repetición y práctica de un acto.

Hábito anormal: Repetición y práctica inconsciente de un acto.

Malformación: Es una anomalía o deformidad que se producen en los órganos y que la mayoría de las veces es congénito, en esta oportunidad hacemos referencia a las deformaciones faciales.

Maloclusión: Es una oclusión anormal o defectuosa de los arcos dentales entre sí de los dientes superiores e inferiores.

Mandíbula: Porción de hueso que soporta los dientes inferiores.

Maxilar: Es una porción de hueso que soporta los huesos superiores.

Mordida: Es la unión que adoptan los dientes de ambos maxilares o arcos al morder.

Ocluir: Cerrar los dientes de manera tal que engranen lo más posible.

Oclusión: Es el contacto de las superficies oponentes de los dientes al relacionarse los arcos dentales.

Ortopedia: Es aquella rama de la medicina que tiene que ver con el tratamiento de las enfermedades de los huesos, de las articulaciones y de la columna vertebral, en este caso, con los maxilares y la A.T.M..

Protrusión: Es cuando un órgano o estructura ha sido empujada hacia fuera por algún procedimiento, específicamente hacemos referencia de los incisivos que han sido levados hacia delante por la succión del dedo.

Retrusión: Malformación de los dientes especialmente los anteriores que ocupan una posición posterior a la línea de oclusión.

Reborde alveolar: Lugar (hueso) donde se encuentran los diente.

Succión: Presión negativa que consiste en chupar los labios, dedos, objetos, etc.

CONCLUSIÓN

En vista del alto grado de maloclusiones que se presentan en la sociedad moderna, debido a múltiples factores, es preciso para el gremio odontológico y para los padres en general tomar en cuenta que estas anomalías presentes en la cavidad bucal sean tomadas en cuenta de una manera preventiva, ya que abandonar el curso de las mismas provocan graves consecuencias.

Con relación a estos es necesario abordar en los factores que inducen a este tipo de desordenes, ya que son muchas las teorías que se han desarrollado durante décadas, pero realmente ninguna explica de manera clara y exacta la verdadera realidad, pues un factor tan importante y relevante como lo es el estudio del hábito de succión digital desde la vida intrauterina no ha tenido la atención requerida y como consecuencia de aquí derivan otros factores de peso para la práctica y evolución de dicho hábito como lo son la influencia del factor psicológico, factor social, factor ambiental, factor alimenticio, etc...

Por todo lo anteriormente citado y por la preocupación de tratar de mantener en lo posible la generación del futuro con una excelente salud integral nos vimos motivados a la realización y “culminación” de este trabajo.

Para concluir se puede decir que lo más relevante del capítulo I es notar la importancia que tiene la boca en el ser humano y principalmente en el niño y que hábito de succión digital sea cual sea su tipo va a provocar un desequilibrio del mecanismo succionador y el funcionalismo del sistema estomatonagico originando como consecuencia que los niños lleguen a presentar una serie de características asociadas al hábito como se expone en el capítulo II, encontrando entre las principales respiración bucal, cierre incompleto de los labios proyección de la lengua entre los dientes y los labios, etc. Y como se expresa en el capítulo III también pueden causar ciertas Maloclusiones tales como mordidas abiertas, protusión mandibular, rotación de incisivos, diastemas e interferencia de la erupción.

Es de gran importancia tener conocimiento de las posibles causas por la que el niño adquiere succión digital siendo

mencionadas estas en el capítulo IV encontrando entre las más comunes causas mecánicas y emocionales, limitativas compulsión por la gratificación oral, factor ambiental y alimenticio. Y por último una vez que el hábito ya está presente y ha ocasionado las diferentes Maloclusiones es prioritario hablar sobre los diferentes tratamientos y es el capítulo V donde se menciona que pueden ser tratamientos de corrección, reforzamiento y con aparatología; pero que lo primordial es que debe existir la colaboración y cooperación del niño y de los padres para la erradicación del hábito y que debe haber realizado una buena observación de manera integral del paciente y el ambiente en que se desenvuelve.

BIBLIOGRAFIA

Aberasturi, H (1958). Especialidades Odontológicas en la Practica General. Argentina, Editorial Labor S.A.

Anderson, G. M. (1964). Journal de Clínicas en Ortodoncia. Chile. Editorial Mc Graw

Aristiguieta, J. (1989). Terapéutica Ortopédica aceptada. Buenos Aires- Argentina. Edición Médica Panamericana.

Barnett, V. (1983). El Diagnóstico, su Importancia en ortopedia. España. Editorial Aquiran.

Bascones, A. (1998). Tratado de Odontología. Madrid Ediciones Avances.

Bliss, E. (1945). Ortopedia Maxilar y Antropología Biológica. Bogotá-Colombia. Ediciones Monsessate.

Canut B.M. (1998). Ortopedia. México Editorial Interamericana.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1990). Barcelona-España. Editorial Salvat.

Egozcu, M. (1988). Odontopediatria y Psicología. Buenos Aires-Argentina. Ediciones Kargieman.

Gaspar, L. (1997). Psicología del Embarazo. Madrid-España. Editorial Aquiran.

Gesell, P. (1970). Psicología y Aspectos Dentales. Omalia Dental Social.

Graber, J. M. (1972). Ortodoncia Teoría y Practica. Madrid –España. Editorial Interamericana.

Internet, www.prevenir.com. (2000)

Luis, M. I. (1999). Odontología Preventiva Prenatal. México. Editorial Interamericana.

McDonald, A. (1996). Odontología Pediátrica y del adolescente. México. Editorial Interamericana.

Ochoa, E. (1982). Aspectos Dentales de la Succión Oral del Pulgar. México. Quintaesencia.

Salzman, O. (1990). Odontología, Especialidades y Prevención. México. Editorial EL Manual Moderno.

Thompson, G. (1972). Ortodoncia, Principio y Practica. España. Editorial Mundi.

UCV (1996). Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Caracas, Venezuela.