

Hipnoterapia en niños de 7-12 años con succión digital

Hypnotherapy in 7-12 years children with digital suction

Dra. Grethel Cisneros Domínguez,^I Dra. Eneidis Falcón Llanes,^{II} Dr. Ernesto Rubén Padilla Gómez^{III} y Lic. Joaquín Blanco Marrades^{IV}

^I Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Ramón López Peña", Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención terapéutica en 13 niños con hábito de succión digital, atendidos en la consulta de Ortodoncia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre del 2013, a fin de valorar las ventajas de la hipnoterapia en la eliminación de este hábito. La información se procesó mediante el paquete estadístico SPSS/PC y se empleó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas. En la casuística predominó el sexo femenino, la maloclusión clase II y el hábito de succión intermitente. La mayoría de los afectados necesitaron entre 4 y 6 sesiones de hipnoterapia. A los 6 meses de tratamiento se observó que el mayor porcentaje de los afectados había erradicado esta práctica.

Palabras clave: niño, hipnosis, hipnoterapia, hábito de succión digital, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A study of therapeutic intervention in 13 children with habit of digital suction, assisted in the Orthodontics department belonging to "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January to December, 2013, in order to evaluate the advantages of hypnotherapy in the elimination of this habit. The information was processed by means of the statistical package SPSS/PC and the percentage was used as summary measure for qualitative variables. The female sex, the malocclusion class II and the habit of intermittent suction prevailed in the case material. Most of the patients affected needed between 4 and 6 hypnotherapy sessions. After 6 months of treatment, it was observed that the highest percentage of those affected had eradicated this practice.

Key words: child, hypnosis, hypnotherapy, habit of digital suction, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Desde que el niño nace surge el reflejo de succión, elemento indispensable que le permitirá su alimentación y supervivencia. Este reflejo es una actividad coordinada y fisiológica, pero en ocasiones, puede desarrollarse como un hábito.

Los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular, de naturaleza y repetición frecuentes de un mismo acto, que en un principio son de forma consciente y luego inconsciente. Entre ellos figuran: respiración nasal, masticación, fonación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales. También existen aquellos no fisiológicos, tales como succión del pulgar y otros dedos, queilofagia, onicofagia, posturas inadecuadas, mordedura de objetos duros y succión del chupete.¹⁻³

Ahora bien, estos hábitos pueden ser de origen hereditario (malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida y otros), imitativos (gestos y muecas), adquiridos (fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido), defensivos (pacientes con obstáculos respiratorios ya sean altos o bajos como la rinitis alérgica y el asma, donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo), instintivos y placenteros.⁴

En este estudio se analizarán los hábitos de origen placentero, entre los cuales se encuentra la succión digital; actividad innata de carácter reflejo que surge desde la vida intrauterina. A medida que el lactante desarrolla la visión y la audición trata de llevarse los dedos y otros objetos a la boca por asociación con la alimentación y satisfacción que le producen, para compensar la ausencia de la lactancia natural. Este tipo de succión no nutritiva después de la primera infancia constituye un hábito deformante que puede ser causa de maloclusiones.⁵

Por consiguiente, la succión digital consiste en la introducción de dedos, generalmente el pulgar, en la cavidad bucal. El hábito mantenido de chuparse el dedo puede dar lugar a la maloclusión, la magnitud del daño guarda mayor relación con el número de horas de succión diarias que con la intensidad de la presión.⁶

Todos los niños que practican succión digital no presentan maloclusión, esto depende de la posición y cantidad de dedos implicados, la frecuencia, intensidad, duración, así como del patrón facial.

Este tipo de succión ocupa un lugar destacado entre los hábitos bucales deformantes o disfuncionales, puesto que es uno de los más frecuentes en el niño, debido a las grandes deformaciones que produce en el área facial y la implicación psíquica que de ello se deriva. Su incidencia en los niños llega hasta 90 % en los países europeos y de 15 a 45 % en los occidentales.⁷⁻⁹

Se considera que la lactancia artificial es un agente causal de la succión no nutritiva, debido a que, con frecuencia, es más breve y requiere menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas causadas por contratiempos escolares y familiares. El niño se refugia en este hábito para escapar del mundo real, que le parece muy difícil. Cuando surge durante las primeras semanas de vida, se relaciona con los problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria, lo cual puede estar ocasionado por la prolongación del amamantamiento sin restricción, que refuerza el impulso bucal. La clásica teoría freudiana sugiere que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual en las primeras semanas de la vida por tensiones o conflictos emocionales insuperables, tales como inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseos de llamar la atención y otros; la inducción por los padres y/o educadores para mantener al niño entretenido, así como evitar el llanto. Se ha asociado con el brote de la dentición, fatiga, sueño, ansiedad, inseguridad, falta de afecto e imitación a otros niños.¹⁰

Al respecto, existen diferentes tipos de hábitos de succión, entre ellos figuran: succión del dedo pulgar, del índice, índice y medio, medio y anular, así como de varios dedos. La más

frecuente es la primera, puesto que en ella los músculos activos tienen la función de crear un vacío en la cavidad bucal. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumenta el espacio intrabucal y se crea una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen e impiden que el paso del aire rompa el vacío formado.¹⁰

El diagnóstico se realizará a través del interrogatorio al niño y a los padres, así como los exámenes intrabucal y extrabucal. El estomatólogo debe tener dominio de las características morfológicas y funcionales del hábito para su identificación, fundamentalmente cuando es negada su práctica.^{6,10}

Para efectuar el diagnóstico se deben conocer las características clínicas siguientes:¹

- Protrusión de los incisivos superiores (con diastemas o sin ellas)
- Linguoversión de los incisivos inferiores
- Mordida abierta anterior
- Prognatismo alveolar superior
- Estrechamiento de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador)
- Mordida cruzada posterior
- Dimensión vertical aumentada

Asimismo, para realizar el tratamiento hay que tener en cuenta la edad del paciente, puesto que algunos autores consideran que es una conducta normal hasta los 3 o 4 años.

Generalmente, las maloclusiones producidas por este hábito en la dentición temporal suelen autocorregirse, pero si persisten al brotar los dientes permanentes, es necesario el uso de aparatos ortodóncicos para la corrección de las anomalías. De forma general, el esquema de tratamiento es el siguiente: promoción de salud, psicoterapia, mioterapia, mecanoterapia y terapias combinadas.^{1,6,10}

La solución de este problema representa un gran reto para el estomatólogo, quien debe dominar diversos métodos y procedimientos que puedan provocar cambios en la conducta del niño, para así lograr la eliminación del hábito con alternativas de tratamiento sencillo y económico.

Por otra parte, el desarrollo histórico de las investigaciones científicas sobre hipnosis se remonta a las postrimerías del siglo XVIII, a partir de los trabajos sobre magnetismo animal del conocido médico vienés Franz Antón Mesmer (1734-1815). La susceptibilidad hipnótica es una propiedad de respuesta ante la sugestión, varía de un individuo a otro y de un momento a otro, en dependencia de diversos factores psicológicos o fisiológicos. Se plantea que los niños son fácilmente sugestionables, aunque generalmente no alcanzan estados de sueño hipnótico profundo.^{10,11}

La aplicación de la hipnosis en estomatología ha tenido gran auge en los últimos años. Se ha utilizado no solo como anestésico bucal sino como analgésico para mejorar la higiene y eliminar el temor ante los procedimientos estomatológicos; en medicina, para diferentes enfermedades, tales como alcoholismo, tabaquismo y obesidad, entre otros, aunque sigue siendo un recurso poco aplicado tanto en el país como a escala mundial.¹¹

Por lo expuesto anteriormente se decidió realizar esta investigación para valorar las ventajas de la hipnoterapia en la erradicación del hábito de succión digital.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención terapéutica en 13 niños con hábito de succión digital, atendidos en la consulta de Ortodoncia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre del 2013, a fin de valorar las ventajas de la hipnoterapia en la eliminación de este hábito.

En la investigación se incluyeron los niños que participaron voluntariamente, según lo expresado por los padres o tutores a través de la firma del consentimiento informado; succionadores con edades entre 7-12 años y susceptibles de recibir tratamiento hipnótico.

Fueron excluidos los pacientes que no manifestaron voluntariedad para participar en el estudio y que no eran susceptibles al tratamiento por presentar hiperquinesia, retraso mental, así como epilepsia.

Entre las variables analizadas figuraron:

- Edad: variable cuantitativa continua, según años cumplidos.
 - 7 años
 - 8 años
 - 9 años
 - 10 años
 - 11 años
 - 12 años
- Sexo: variable cualitativa nominal. Teniendo en cuenta sus 2 categorías biológicas los pacientes se agruparon en:
 - Masculino
 - Femenino
- Tipo de maloclusión: variable cualitativa nominal, según clasificación sindrómica de Moyers:¹²
 - Clase I: cuando la relación anteroposterior de los molares superior e inferior es de neutroclusión, es decir, la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye en la estría mesio-vestibular del primer molar permanente inferior. Generalmente hay presencia de un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribuca, masticatoria, así como de la lengua.
 - Clase II: el surco mesio-vestibular del primer molar inferior queda en relación distal con respecto a la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente.
 - Clase II División 1: son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio en la musculatura facial por un resalte aumentado. El perfil facial es en general convexo y se asocian con esta maloclusión las mordidas profundas por sobreerupción de los incisivos, mordidas abiertas cuando hay hábitos inadecuados, problemas de espacio, mordidas cruzadas, malposiciones dentarias individuales, la arcada superior generalmente tiene forma de "v" por un estrechamiento en zona de caninos y premolares, junto con vestibuloversión de los incisivos superiores.
 - Clase II División 2: se mantiene la relación molar de clase II sin resalte marcado, puesto que

los incisivos centrales superiores se encuentran lingualizados o verticalizados, mientras que los laterales pueden presentar una inclinación vestibular. Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el recto y el ligeramente convexo, asociados a una musculatura normal o con una leve alteración. Se relaciona con una mordida profunda anterior.

- Clase III: en esta maloclusión la estría mesiovestibular del primer molar inferior durante la oclusión se encuentra mesial a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Los incisivos inferiores suelen encontrarse en oclusión invertida total. Las irregularidades individuales en los dientes son frecuentes. El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura está desequilibrada. Los cruzamientos de mordida anterior o posterior son frecuentes.
- Frecuencia del hábito de succión: variable cualitativa nominal, se consideró:
 - Continuo: cuando la succión digital fue nocturna.
 - Intermitente: cuando la succión digital fue diurna.
- Sesiones de tratamiento: variable cuantitativa nominal
 - 1 sesión
 - Hasta 3 sesiones
 - Hasta 5 sesiones
 - Hasta 10 sesiones
- Evolución del hábito: variable cualitativa nominal, se consideró:
 - Mantenido: sin cambios en los hábitos perniciosos de succión
 - Mejorado: disminución en la frecuencia de succión
 - Erradicado: eliminación total del hábito

Los datos se extrajeron de las historias clínicas de los pacientes y se plasmaron en una planilla de vaciamiento de datos creada al efecto. La información se procesó mediante el paquete estadístico SPSS/PC y como medida resumen se utilizó el porcentaje para las variables cualitativas.

Durante la ejecución del estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos recomendados en la Declaración de Helsinki, relacionados con la voluntariedad y la confidencialidad.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra un predominio de los pacientes de 9 años (30,8 %) y del sexo femenino (69,3 %).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

| Edad (en años cumplidos) | Sexo | | | | Total | |
|--------------------------|-----------|------|----------|------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 7 | | | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| 8 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 9 | 1 | 7,7 | 3 | 23,1 | 4 | 30,8 |
| 10 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 11 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 12 | | | 2 | 15,4 | 2 | 15,4 |
| Total | 4 | 30,8 | 9 | 69,3 | 13 | 100,0 |

Según la clasificación de Moyers, en la tabla 2 se observa una preponderancia de la clase II (8 pacientes para 61,5 %). La mayoría de estos afectados pertenecieron a la división 1, representada fundamentalmente por niños con distoclusión a nivel de molares permanentes o escalón distal en la dentición temporal y vestibuloversión de incisivos superiores.

Tabla 2. Pacientes según tipo de maloclusión

| Tipo de maloclusión | Pacientes | |
|---------------------|-----------|-------|
| | No. | % |
| Clase I | 5 | 38,5 |
| Clase II | 8 | 61,5 |
| Clase III | | |
| Total | 13 | 100,0 |

Véase en la tabla 3 que existió un predominio del hábito intermitente (61,5 %) sobre el continuo (38,5 %).

Tabla 3. Pacientes según edad y frecuencia en el hábito de succión

| Edad (en años cumplidos) | Frecuencia en el hábito de succión | | | | Total | |
|--------------------------|------------------------------------|------|--------------|------|-------|-------|
| | Continuo | | Intermitente | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | | |
| 7 | | | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 |
| 8 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 9 | 1 | 7,7 | 3 | 23,1 | 4 | 30,8 |
| 10 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 11 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 12 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| Total | 5 | 38,5 | 8 | 61,5 | 13 | 100,0 |

En la tabla 4 se observa que el número de sesiones de tratamiento recibidas varió desde 1 hasta 10. Se debe señalar que solo un paciente recibió una sola sesión, esto no es confiable y, por tanto, es causa de no erradicación posterior del hábito. Asimismo predominaron los niños que tuvieron entre 4 y 6 sesiones (53,8 %) de tratamiento.

Tabla 4. Pacientes según edad y sesiones de tratamiento

| Edad (en años cumplidos) | Sesiones de tratamiento | | | | | | Total | |
|--------------------------|-------------------------|------|-----|------|------|------|-------|-------|
| | Hasta 3 | | 4-6 | | 7-10 | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 7 | 1 | 7,7 | | | | | 1 | 7,7 |
| 8 | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | | | 2 | 15,4 |
| 9 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 | 1 | 7,7 | 4 | 30,8 |
| 10 | | | 2 | 15,4 | | | 2 | 15,4 |
| 11 | | | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| 12 | | | 1 | 7,7 | 1 | 7,7 | 2 | 15,4 |
| Total | 3 | 23,1 | 7 | 53,8 | 3 | 23,1 | 13 | 100,0 |

A los 6 meses de concluidas las sesiones de hipnoterapia se realizó una valoración de su resultado y se halló que este hábito se mantuvo en 3 pacientes, mejoró en 4 (al espaciarse considerablemente el momento de la succión) y se erradicó en 6 (tabla 5).

Tabla 5. Pacientes según evolución del hábito

| Tratamiento | No. de pacientes | % |
|-------------|------------------|-------|
| Mejorado | 4 | 30,8 |
| Erradicado | 6 | 46,1 |
| Mantenido | 3 | 23,1 |
| Total | 13 | 100,0 |

DISCUSIÓN

En ocasiones resulta difícil la eliminación del hábito de succión digital, debido a que ninguna de las técnicas sugeridas logra erradicarlo en su totalidad; por tanto, es importante contar con un arsenal de herramientas para lograr los objetivos del tratamiento integral a estos pacientes.

La hipnoterapia es una de estas alternativas, que se utilizó en los niños con maloclusión como consecuencia del hábito pernicioso mantenido, atendidos en la consulta de Ortodoncia.

Según Gellin,⁶ 45 % de los niños de 3 y 4 años se succionan los dedos; en 13,6 % este hábito se presenta a los 6 años y disminuye en dependencia de la duración, frecuencia e intensidad. En el estudio no hay coincidencia con lo planteado por este autor, y aunque predominan los niños de 9 años, esto se considera como algo fortuito.

Algunos autores¹³⁻¹⁶ refieren que el hábito de succión digital puede mantenerse hasta la aparición de los dientes temporales, es decir, cuando hay un cambio en el patrón deglutorio, (donde empieza la masticación) y es, a partir de este momento que, de continuar con el hábito, se puede producir la maloclusión.

Por otro lado, el hábito de succión no nutritiva prolongado en el tiempo puede producir maloclusiones, que serán mantenidas o incrementadas por hábitos secundarios, tales como protracción lingual, succión labial o deglución atípica. Es conocido que se necesitan 2 años para que el hábito de succión digital produzca efectos significativos en el maxilar y 3 en la mandíbula.¹⁷

Varios investigadores¹⁸⁻²⁰ describen las alteraciones producidas por el hábito como vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas, profundización de la bóveda palatina

provocada por la posición del dedo sobre esta, sobre el proceso alveolar y las caras linguales de los incisivos superiores; linguoversión de incisivos inferiores, retrognatismo mandibular, mordida abierta que dependerá de los dedos succionados, micrognatismo transversal dado por la presión negativa producida dentro de la boca y favorecido por la acción de los buccinadores sobre los segmentos laterales de la arcada dentaria superior, labio superior hipotónico e inferior hipertónico; además, puede ocasionar deformidades en el dedo o los dedos succionados. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre 1,7 y 47 %.

Muchas son las clasificaciones que pueden referirse tanto a los hábitos de succión como a los factores que los modifican, entre ellas sobresalen: frecuencia, duración e intensidad.

Con relación a la frecuencia pueden ser diurnos (intermitentes) o nocturnos (continuos); pero está demostrado que mientras más temprano comience el hábito mayor será su duración e intensidad y, por tanto, el daño en la oclusión será superior.⁴

Los niños tienen una alta susceptibilidad hipnótica, y aunque no alcancen un sueño profundo, pueden lograrse resultados adecuados con el método en dependencia de varios factores psicológicos o fisiológicos. Sin lugar a dudas, mientras aumenta la edad y más prolongado es el hábito, resulta necesario un mayor número de sesiones, por lo cual se dificulta el tratamiento.

Cabe destacar que las sesiones de hipnoterapia no deben ser únicas; su frecuencia es semanal. La primera reunión es corta y a partir de la segunda no se deben exceder los 30 minutos para que no disminuya la curva de atención de los pacientes. Como el niño refleja las condiciones de su entorno, la familia conjuntamente con el psicólogo juega un papel fundamental durante el proceder, por esta razón, la segunda parte de la terapia que se refiere al entrenamiento del padre o tutor, generalmente debe de ser a la misma hora, durante el sueño profundo, aproximadamente 1 hora después que el niño esté dormido; se realiza a través de cuentos en susurro y se utilizan aspectos positivos encaminados a la erradicación del hábito, nunca con elementos de aversión.

Reyes *et al*¹⁸ en su artículo sobre el tratamiento de la succión digital mediante hipnosis obtuvieron un predominio de la erradicación de este hábito en 43,5 % de los afectados, con cifras estadísticamente significativas, y en solo 4,4 % se mantuvo la persistencia de esta práctica, lo cual coincide con los resultados de este estudio donde se encontró una notable mejoría, así como su erradicación durante el seguimiento a los 6 meses.

En esta investigación predominaron el sexo femenino, la maloclusión clase II y el hábito de succión intermitente. La mayoría de los integrantes de la serie necesitaron de 4 a 6 sesiones de hipnoterapia y a los 6 meses el mayor porcentaje había erradicado el hábito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales MC, Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, et al. Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 [citado 20 Jun 2010].
2. Wolford LM. Identifying the functional and esthetic factors associated with dentofacial deformities. *Tex Dent J.* 2002; 119(10):1034-43.

3. Otaño Lugo R. Manual clínico de Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
4. Rodríguez Yañez E. 1001 tips en Ortodoncia y sus secretos. Venezuela: Amolca; 2007.
5. Franco Varas V, Gorritxo Gil B, García Izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012 [citado 20 Jun 2010]; 14(53).
6. Gellin ME. Hábitos de chupar el dedo y empujar la lengua en los niños. Act Estomatol Serie: Información Temática. 1980;4(3):47-65.
7. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgos asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol. 2004 [citado 20 Jun 2010]; 41(1).
8. Kharbanda OP, Sidhu SS, Sundaram KR, Shukla DK. Oral habits in school going children of Delhi: A prevalence study. J Indian Soc Ped Prev Dent. 2003;21(3):120-4.
9. González Luna S, Vázquez Amoroso LM, García Pérez RP, Antelo Vázquez L. Prevalencia del hábito de succión digital en escolares. MediCiego. 2005 [citado 20 Jun 2010]; 11 (supl 2).
10. Pavón Cruz M, Puig Ravinal L, Cuan Corrales M, Labrada Salvat M. Tratamientos psicológicos alternativos para eliminar el hábito de succión digital complicada. Rev AMC. 2002 [citado 20 Jun 2010]; 6(4).
11. Hipnosis. [citado 20 Jun 2010].
12. Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. p. 129-260.
13. Ustrell Torrent JM. Guía de la fisiología bucal infantil. Barcelona: NUK; 2003.
14. Ustrell JM, Boj JR, Camps D, Duran J. Visión global de los hábitos orales, desde el punto de vista de su etiopatogenia. Rev Odontoestomatol Implantoprot. 1992;4:199-207.
15. Romero-Maroto M, Romero-Otero P. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE. 2011; 9(1): 77-82.
16. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002; 121(4): 347-56.
17. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1994;106(2): 161-6.
18. Reyes Suárez VO, Rivero Villalón M, Solana Acanda L, Iglesias Berlanga I. Tratamiento del hábito de succión digital mediante hipnosis. Rev Cienc Méd. 2011 [citado 20 Jun 2010]; 17(1).

19. Medina C, Laboren ML, Vilorio C, Quirós O, D´Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2010 [citado 20 Jun 2010].
20. Restrepo Martínez CC. Tratamiento de la succión digital en niños. CES Odontología. 2009 [citado 20 Jun 2010]; 22(2).

Recibido: 21 de abril del 2015.

Aprobado: 30 de abril del 2015.

Grethel Cisneros Domínguez. Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Estomatología, avenida de las Américas, entre calles I y E, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: grethel.cisneros@medired.scu.sld.cu