

ARTÍCULO ORIGINAL

La sugestión en una etapa del sueño para el tratamiento de hábitos bucales deformantes

The suggestion in a stage of sleep for the treatment of oral deforming habits

Arlene Liset Corrales León¹, Yairis Duque Alberro², Danilo Serrano Fernández³, Marielys González Hernández⁴, Alyagnna Alonso Herrera⁵

¹Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Clínica Estomatológica Guamá. Pinar del Río. Correo electrónico: arlety67@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Asistente. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: yairisda@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Instructor. Policlínico universitario «Pedro Borrás Astorga». Pinar del Río. Correo electrónico: danilo5@princesa.pri.sld.cu

⁴Estomatólogo General Básico. Clínica Estomatológica Guamá. Pinar del Río. Correo electrónico: mariieggh8920@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Clínica Provincial Docente "Antonio Briones Montoto". Pinar del Río. Correo electrónico: alyagnna@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 17 de marzo de 2014.

Aprobado: 7 de octubre de 2014.

RESUMEN

Introducción: en su labor diaria el estomatólogo atiende a los niños con hábitos bucales deformantes y debe tratar sus causas. Por tanto, requiere conocimientos sobre la psicología infantil y de aspectos relacionados con hábitos.

Objetivo: aplicar la sugestión en la fase de sueño con movimientos oculares rápidos como técnica sugestiva por parte de la familia, para controlar estos hábitos bucales deformantes en edades tempranas, teniendo en cuenta la prevalencia de hábitos bucales deformantes en la muestra, su distribución según el sexo y la edad, la relación entre la influencia familiar y la eliminación de hábitos bucales

deformantes.

Material y método: se realizó un estudio longitudinal y prospectivo en la población de 2 a 18 años de los consultorios 15 y 16 del policlínico universitario "Luis Augusto Turcios Lima" de Pinar del Río, desde septiembre de 2011 a febrero de 2012. El universo estuvo integrado por 33 pacientes, de ellos, se seleccionaron 20 los que practicaban hábitos deformantes. Para el análisis de la información, se aplicó el método estadístico descriptivo y porcentual. El procesamiento de los datos se realizó mediante el sistema estadístico SPSS/PC.

Resultados: el hábito deformante más frecuente fue el empuje lingual. El grupo de edades entre 5-9 años fue el más afectado. Se comprobó un cambio favorable en el estado de salud de los niños al disminuir la práctica de hábitos bucales deformantes.

Conclusiones: la aplicabilidad de la terapia aplicada fue buena en más de la mitad de la muestra.

DeCS: Salud bucal, Sueño, Psicología.

ABSTRACT

Introduction: the routine of dentistry comprises children assistance with oral deforming habits which causes should be treated. Therefore, knowledge acquisition regarding children psychology and aspects related to these habits are necessary.

Objective: to apply suggestion (by the family) during the stage of sleep with Rapid Eye Movement (REM) as a suggestive technique to control deforming habits in early ages, considering the prevalence of deforming oral habits in the sample taken, its distribution according to sex and age, relationship with family influence to make possible the elimination of deforming oral habits.

Material and method: a longitudinal and prospective study was conducted in a population from 2 to 18 years old during September 2011 to February 2012 belonging to Luis Augusto Turcios Polyclinic. The target group was comprised of 33 patients, choosing 20 of them with oral deforming habits. To carry out the analysis of the information, descriptive and percentage statistical methods were applied. The data collected was processed by means of SPSS/PC statistical system.

Results: *tongue thrust* was the most frequent deforming habits. Ages between 5-9 years old were the most affected, observing a favorable modification in the health status of children when the practice of oral deforming habits diminished.

Conclusions: the application of this therapy was good in more than the half of the sample.

DeCS: Oral health, Sleep, Psychology.

INTRODUCCIÓN

La atención estomatológica integral a la población representa un amplio espectro en el desarrollo de la atención primaria de salud. Este nivel de atención es muy complejo por la magnitud de los problemas presentes en él, los cuales son detectados mediante el diagnóstico y la vigilancia epidemiológica. A partir de los resultados obtenidos en el análisis de salud bucal de la población se establecen planes de medidas de acuerdo con los problemas detectados. La cara es el espejo

del alma. Más allá de la estética, la armonía del rostro es un factor importante en la salud y calidad de vida de las personas.¹

Precisamente, entre los problemas detectados en el análisis de la situación de salud de los consultorios 15 y 16 del policlínico universitario "Luis Augusto Turcios Lima" de Pinar del Río, se encontró la prevalencia de hábitos bucales deformantes, fenómenos psicodinámicos capaces de producir modificaciones conductuales en los niños. Estos constituyen una gran preocupación por los trastornos y problemas perjudiciales que provocan en el sistema estomatognático.

En su labor diaria el estomatólogo se enfrenta a niños con hábitos bucales incorrectos o deformantes y debe tratar sus causas. Por tanto, requiere no sólo del conocimiento necesario sobre la psicología infantil, sino de aspectos relacionados con los hábitos en cuestión, tales como sus manifestaciones clínicas, frecuencia, tiempo de acción y las consecuencias que conllevan al ser las causas más frecuentes de anomalías dentomaxilofaciales. Provocando estrechamiento de los arcos superiores con subsecuentes mordidas invertidas, por la falta de lactancia materna^{1,2} y en otros casos algunos autores plantean que el plano postlacteo tiende a ser de escalón distal, pudiendo desarrollar un síndrome clase II.³

Mucho se ha investigado sobre la prevalencia de estos hábitos así como la forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas, a través de la labor educativa en la consulta y el terreno.

Según Moyers los hábitos tienen su origen dentro del sistema nervioso central, puesto que son patrones de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden. Pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario (consciente) que se convierte en acto involuntario (inconsciente) cuando se arraiga.^{4,5} Además también se pueden crear una serie de interferencias oclusales que producen otras anomalías del sistema estomatognático.²

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, la deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, la queilofagia, la onicofagia, el empuje lingual, la masticación de objetos, la succión digital y el uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales.⁴

Los hábitos deformantes se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional. Ellos constituyen causas primarias o secundarias de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales si se mantienen por largos períodos de tiempo.^{4,5} Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

De forma general, se presentan entre el 56 y 75% de los niños y producen alteraciones del balance neuromuscular, discrepancia hueso-dientes, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior y pueden provocar desviaciones de la mandíbula cuando existen interferencias oclusales asociadas a hábitos posturales.^{1,2}

Por lo general, estos hábitos comienzan a practicarse en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño. Esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del estomatólogo, al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos y las consecuencias que estos provocan. Se debe mantener un manejo clínico, psicológico o mixto dentro de criterios de respeto por la mente del niño y

respeto por el desarrollo natural, donde se debe observar los cambios favorables y desfavorables en la oclusión y en el crecimiento de los maxilares, para definir si es necesario interceptar o corregir las secuelas orgánicas y modificar las presiones psicológicas sociales que se ejercen sobre el niño.⁵

Resulta importante la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de los padres e hijos. El odontólogo tiene la responsabilidad y la oportunidad de ayudar a superar los problemas que estos hábitos acarrearán y contribuir positivamente a disminuir la carga psicológica negativa que ejerce el medio ambiente familiar desinformado. Es importante educar a los padres en el sentido de que un sueño reparador es importante para un desarrollo normal de su hijo.^{6,7} Dentro de la variedad de hábitos que influyen en la producción de alteraciones se encuentra la respiración bucal.⁸ Entre las técnicas que puede utilizar la familia para el control de los hábitos bucales deformantes en el hogar se encuentra la sugestión, la cual es muy usada en los niños y generalmente resulta exitosa.

Esta se define como una excitación concentrada en un punto o área de la corteza cerebral, provocada por la acción de la palabra. Es el reflejo condicionado más simple y típico del hombre y se caracteriza por ser el resultado de una influencia verbal no argumentada lógicamente del inductor sobre la psiquis del sujeto durante el sueño.

El vocablo sueño del latín *somnus*, designa tanto el acto de dormir como el deseo de hacerlo. Es un estado de reposo uniforme del organismo, el cual se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos.⁹

Soñar es un proceso mental involuntario en el que se produce una reelaboración de informaciones almacenadas en la memoria, generalmente relacionadas con experiencias vividas por el soñante el día anterior. El soñar sumerge en una realidad virtual formada por imágenes, sonidos, pensamientos y/o sensaciones. Los recuerdos que se mantienen al despertar pueden ser simples (una imagen, un sonido, una idea, etc.) o muy elaborados. Los sueños más elaborados contienen escenas, personajes, escenarios y objetos.^{9,10}

El sueño se divide en dos estados:

Sueño sin movimientos oculares rápidos (NMOR), el cual se divide en 4 fases:

La fase 1 es la transición desde la vigilia al sueño, con movimientos oculares lentos «en balancín». Es un estadio de sueño ligero. Es fácil oír ruidos no muy fuertes. Se producen las imágenes. La respiración disminuye. Su duración es desde que se cierran los ojos hasta los 15 minutos posteriores, pero solo 5 minutos son de sueño real. En la fase 2 el sueño y el descanso son más profundos, pero se le puede despertar sin gran dificultad.

Aparecen movimientos rítmicos que manifiestan estallidos de ondas cerebrales. Dura aproximadamente 20 minutos. Durante la fase 3 se registran ondas lentas y amplias llamadas ondas delta. Es el comienzo del sueño profundo. Duración de 5 a 20 minutos. La fase 4 se caracteriza porque el sueño es profundo, es el momento en que las personas caminan dormidas y los niños mojan la cama. El cerebro todavía procesa algunos estímulos, y por eso, se mueve uno en la cama y no cae. Este proceso dura al menos una hora, después se produce el efecto inverso.^{11,12}

El sueño *MOR-REM* conocido también como «sueño paradójico» desincronizado o D es la más interesante de las fases. Se producen los movimientos oculares rápidos, incluso, movimientos independientes de cada ojo. Estos movimientos indican el comienzo de un sueño. Se producen cambios súbitos de las pupilas, la respiración es rápida e irregular, aparecen finos movimientos de los dedos.

Hay una parálisis muscular aunque pueden producirse sacudidas. Se producen fenómenos sexuales como la erección y eyaculación masculina y la lubricación femenina. Durante 30 minutos es un estado de sueño profundo. Existe una gran actividad interna cerebral, sin embargo, el cuerpo exteriormente está totalmente inmóvil. El electroencefalograma durante esta fase es similar al que se presenta durante la vigilia con atención.¹²

Cada noche un 20-25% de los sueños es MOR. Cuando se despierta una persona durante el sueño MOR más del 80% recuerdan claramente el sueño que estaban teniendo. Con relación a las funciones del sueño existen cuatro paradigmas basados en la hipótesis de que el sueño participa en la consolidación de la memoria.¹²

Esta fundamentación ha sido utilizada en más de una ocasión para eliminar o corregir modos y estilos de vida perjudiciales y como el nuevo modelo de atención estomatológica integral a la población se fundamenta en la estrecha relación entre estomatólogo, comunidad e individuo, resulta importante proponer nuevas alternativas para controlar los hábitos bucales deformantes; siendo la familia su protagonista. Por todo lo anterior, el problema que motivó la presente investigación fue el siguiente: ¿Será la sugestión en sueño MOR una técnica aplicable a utilizar por la familia en el tratamiento de hábitos bucales deformantes?

Se ha trazado el objetivo en esta investigación para aplicar la sugestión en la fase de sueño con movimientos oculares rápidos como técnica sugestiva por parte de la familia, para controlar estos hábitos bucales deformantes en edades tempranas, teniendo en cuenta la prevalencia de hábitos bucales deformantes en la muestra; su distribución según el sexo y la edad, la relación entre la influencia familiar y la eliminación de hábitos bucales deformantes.

MATERIAL Y MÉTODO

A partir de la realización del análisis de la situación de salud de los consultorios 15 y 16 del policlínico universitario "Luis Augusto Turcios Lima" de Pinar del Río. El universo estuvo integrado por 33 pacientes, que representan el total de la población entre 2-18 años y la muestra por los 20 que practicaban hábitos bucales deformantes. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo de tipo intencional.

Los criterios de inclusión a tener en cuenta fueron:

- Pacientes entre 2 y 18 años.
- Niños de ambos sexos.
- Pacientes que presenten hábitos bucales deformantes.
- Familias que hayan aceptado colaborar con la investigación

- Los criterios de exclusión fueron.
- Pacientes menores de 2 años y mayores de 18 años.
- Pacientes portadores de hábitos bucales deformantes que no sean clínicamente significativos.
- Familias que no hayan aceptado colaborar con la investigación.

Los datos fueron recogidos a través de fuentes primarias y secundarias de información. Entre las primarias se utilizó la entrevista a niños y padres que participaron en la investigación y como fuentes secundarias la historia de salud bucal familiar y la historia clínica individual.

Los padres de los pacientes afectados y que aceptaron participar en la investigación fueron citados en el consultorio del médico de la familia. Se realizaron charlas educativas para darles a conocer en qué consiste la sugestión en sueño MOR; sus objetivos y forma de aplicación, como alternativa de tratamiento sin la necesidad de aparatología para eliminar el hábito.

Se le indicó a los padres o alguna persona que tenga autoridad sobre el niño, que debe entrar al cuarto y a una distancia de 50 cm o un metro de la cabecera de la cama y concentrándose, repetir de diez a veinte veces una frase corta, simple, que no contenga la palabra *NO*, diciendo en primer término el nombre del niño y seguidamente decir por qué debe corregir el defecto. Algunas de las frases que se pueden utilizar son:

"Cada día serás mejor y el dedo va a ser cada vez menos importante para ti." Se repite durante quince días o un mes sin interrupción; se descansa quince días y se repite la terapia durante un mes más de contención. El pequeño paciente no debe despertar porque se perdería el valor de la técnica, que debe influir sobre el subconsciente y no en el consciente. González describe este método como la cura sugestiva nocturna. Así como otros autores también utilizan este método para solucionar trastornos del sueño en los adolescentes.

Para evaluar la efectividad de la terapia se tomó como promedio 6 visitas, a razón de una visita por mes a la consulta, considerando que sería buena si a la tercera visita se había logrado eliminar el hábito totalmente.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala de clasificación	Descripción
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico de pertenencia.
Edad	Cuantitativa discreta	2-18 años	Se tomó la edad en años cumplidos en el momento del estudio.
Hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal politómica	Succión del pulgar Uso de biberón Chupeteo de tete Empuje lingual Onicofagia	Hábitos bucales deformantes presentes en la muestra objeto de estudio sujetos a tratamiento
Influencia familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Positiva o Negativa	Se tuvo en cuenta el funcionamiento familiar basado en la relación intergeneracional y su contribución al tratamiento.
Aplicación del tratamiento para eliminar el hábito	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado o Inadecuado	La aplicabilidad fue evaluada en estas dos categorías a partir de la eliminación o no del hábito mediante la técnica propuesta.

Los datos se tabularon en frecuencias absolutas y relativas, según las variables de caracterización general. Para el análisis de la información, se aplicó el método estadístico descriptivo y porcentual. El procesamiento de los datos se realizó mediante el sistema estadístico SPSS/PC. Se utilizó la estadística descriptiva con distribuciones de frecuencias en valores absolutos de porcentajes.

RESULTADOS

El principal hábito deformante presente en la población de 2 a 18 años es el empuje lingual o deglución atípica, el cual se encontró en 11 niños para un 33,3% (Tabla 1). El menos frecuente es el chupeteo de tete en 4 niños para un 12,1%.

Tabla 1. Hábitos bucales deformantes en los niños estudiados. Policlínico universitario "Luis Augusto Turcios Lima." Pinar del Río. 2011-2012.

Hábitos bucales deformantes.	No.	%
Succión del pulgar.	5	15,1
Uso de biberón.	7	21,2
Chupeteo de tete.	4	12,1
Empuje lingual.	11	33,3
Onicofagia.	8	24,2

Se muestra que el sexo más afectado por hábitos bucales deformantes fue el femenino.

El hábito que más frecuentemente se encontró fue el de empuje lingual, para ambos sexo siendo en 7 niñas para un 63,6% y 4 niños para un 36,3% respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 2. Hábitos bucales deformantes según sexo.

Hábitos bucales deformantes.	Femenino.		Masculino.	
	No.	%	No.	%
Succión del pulgar.	3	60	2	40
Uso de biberón.	5	71,4	2	28,5
Chupeteo de tete.	2	50	2	50
Empuje lingual.	7	63,6	4	36,3
Onicofagia.	5	62,5	3	37,5

El grupo de edad de 5-9 años fue el más afectado por los hábitos bucales deformantes, seguido del grupo de 2-4 años. (Tabla 3)

Tabla 3. Hábitos bucales deformantes según edad.

Hábitos.	Grupos de edades.			
	2-4	5-9	10-14	15-18
Succión del pulgar.	1	3	1	0
Uso de biberón.	3	4	0	0
Chupeteo de tete.	1	3	0	0
Empuje lingual.	1	5	3	2
Onicofagia.	0	1	4	3

La eliminación satisfactoria de un hábito bucal deformante en un niño como se plantea es la motivación e influencia de los padres sobre los hijos. Al estudiar el funcionamiento familiar en los hogares donde residen los pacientes con hábitos bucales deformantes se pudo constatar que en 13 niños para un (65%) el

tratamiento resultó ser aplicable ya que contaron con una positiva influencia familiar y sólo 2 niños para un 10% no resolvieron los hábitos bucales deformantes por haber tenido o influido la familia de forma negativa. (Tabla 4)

Tabla 4. Relación entre la influencia familiar y la eliminación de hábitos bucales deformantes.

Respuesta al tratamiento.	Influencia Familiar.			
	Positiva.		Negativa.	
	No	%	No	%
Eliminaron hábitos	13	65	1	5
Abandonaron el tratamiento	1	5	1	5
No resolvieron	2	10	2	10

Se puede constatar la aplicabilidad de la sugestión en sueño MOR como técnica para el tratamiento de hábitos bucales deformantes; destacando que el mayor porcentaje de los pacientes lograron resultados favorables al controlar los hábitos perniciosos en 14 niños (70%).

DISCUSIÓN

La sugestión en sueño MOR constituye una herramienta de vital importancia como alternativa de tratamiento para controlar hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo, la adicción a las drogas, la enuresis, entre otros. Para eliminar los hábitos perniciosos que interfieren en el desarrollo armónico del sistema estomatognático, lo cual requerirá de muchos recursos al país para solucionar estas deformidades que muchas veces provocan la práctica de estos hábitos deletéreos.

Se conoce que la fase de sueño con movimientos oculares rápidos es factible de usar para aplicar sugestión ya que en esta fase, estudios han demostrado que tienen un electroencefalograma típico de la vigilia con atención y los niños aprenden que el hábito deformante debe ser abandonado para su bienestar y buen desarrollo. La práctica diaria corrobora que el medio familiar constituye un factor de vital importancia que influye positiva o negativamente para lograr niños emocionalmente estables y socialmente aceptables.¹²

El estudio encontrando el hábito bucal deformante de mayor prevalencia fue el empuje lingual o lengua protráctil. El mayor número de pacientes de la población objeto de estudio se encuentra entre las edades de 5 a 9 años; además, el sexo femenino resultó el más afectado. La interrelación padre e hijo es fundamental en el desarrollo del tratamiento, pues ambos deben estar motivados para lograr resultados satisfactorios.

Los resultados obtenidos evidencian la efectividad de la terapia de sugestión en sueño MOR para eliminar los hábitos bucales incorrectos. Este método, además de ser sencillo y práctico, evita la utilización de recursos materiales costosos y deficitarios en la actualidad ya que la combinación de las terapias miofuncionales y las técnicas sugestivas se pueden alcanzar resultados muy alentadores en la prevención de las maloclusiones. De esta forma, se presentan otras alternativas para controlar estos hábitos correctamente sin reforzarlos. Una de las ventajas de esta técnica es que se logran controlar los hábitos influyendo desde el

subconsciente (el interior) a diferencia de los métodos tradicionales que actúan desde el exterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón. 2011; 33(1).
2. Linares Hernández L, Linares Hernández O. Prevalencia de alteraciones en dentición temporal que representan riesgo de maloclusión en dentición permanente. Rev. Médica Pinareña 2012; 8(2).
3. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontológica Venezolana. 2010; 48(1).
4. Quintana Espinosa MT, Martínez Brito I. Interferencias oclusales y su relación con las maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta. Rev méd electrón. 2010; 32(2).
5. Conde Suárez HF, Valentín González F, Gou Godoy MA. Cefalograma resumido de Ricketts. Análisis por grupos étnicos y sexos en niños de 9 años. Rev méd electrón. 2010; 32(1).
6. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992:19-42.
7. Ricardo Reyes M. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. MEDISAN. 2011; 15(2).
8. Pérez Quiñónez JA, Luis Martínez J, Moure Ibarra M, Pérez Padrón A. Respiración bucal en niños de 3-5 años. Parroquia Catia la Mar Vargas. Enero-junio de 2008. Rev Méd Electrón. 2010; 32(5).
9. USA. La Guía. Psicología. La sugestión. Dallas: La Guía; 2007.
10. España. DIMA(X). El ciclo del sueño. Madrid: Dimaflex S.A; 2012;
11. Vargas R, Camargo Sánchez A. El sueño un fenómeno biológico inspirador de arte. Revista de Enfermería. 2011; 14(4).
12. USA. Kids Health. Gavin ML. Problemas comunes del sueño. Bethlehem, USA: enero de 2011.

Dra. Arlene Liset Corrales León. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Asistente. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: yairisda@princesa.pri.sld.cu