

Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico

Relationship between the oral deforming habits and psychological and emotional disorders

Perla Margarita Pacheco-Morffi,* Ana Belkys Hernández-Millán.**

*Estudiante de tercer año de la carrera de Estomatología.

**Especialista de segundo grado de Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas y en Educación Médica. Investigador agregado. Profesor auxiliar.

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Cienfuegos, Cuba.

Resumen

El desarrollo de la personalidad conlleva un aumento progresivo, a la par de la edad, de las exigencias sociales y de la necesidad del control emocional; las deficiencias de este último aspecto provocan la aparición de "válvulas de escape" diversas para suplir estas deficiencias. Describir la relación de algunas de ellas: los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en el plano emocional y psicológico, fue el objetivo de la presente revisión, contándose un total de 39 referencias. Se obtuvo como resultado que los hábitos en los cuales influían con mayor fuerza los desórdenes referidos fueron los citados: hábitos de interposición, succión digital, respiración bucal, los hábitos posturales y el bruxismo. Se concluyó que la comprensión de la relación en estudio en sus aspectos generales y particulares, permite al profesional actuar preventivamente en la atención primaria de salud para disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, desórdenes emocionales y psicológicos.

Abstract

The development of personality entails a progressive increase, along with age, social demands and the need for emotional control; the deficiencies of this last aspect provoke the appearance of diverse "escape valves" to supply these deficiencies. Describe the relationship of some of them: deforming oral habits and disorders in the emotional and psychological, was the objective of this review, counting a total of 39 references. It was obtained as a result that the habits in which the aforementioned disorders most strongly influenced were: interposition habits, digital suction, mouth breathing, postural habits and bruxism. It was concluded that understanding the relationship under study in its general and particular aspects, allows the professional to act preventively in primary health care to reduce the incidence and prevalence of malocclusions.

Key words: deforming oral habits, emotional and psychological disorders.

INTRODUCCIÓN

El proceso de control de los estados emocionales comienza desde épocas muy tempranas de la vida, y es influido por la familia, la escuela y la sociedad. Dichos estados se relacionan, fundamentalmente, con las necesidades biológicas y son sumamente complejos, dependen en gran medida del equilibrio de la vida social y psíquica del individuo.¹

Un incorrecto manejo de los mismos puede afectar la salud física y mental, por lo que se hacen imprescindibles herramientas psicológicas que se forman paulatinamente con la personalidad. La niñez y la adolescencia señalan las pautas de este proceso, que se hace más difícil en la medida que el contexto social se torna desfavorecedor.¹⁻⁵

Todo esto condiciona la aparición de "válvulas de escape", cuando la regulación de la actividad emocional no se encuen-

Correspondencia: Perla Margarita Pacheco Morffi

Correo-e: estpmpm960310@ucm.cgf.sld.cu

Recibido: diciembre 13, 2018

Aceptado: marzo 27, 2019

tra lo suficientemente desarrollada y aparecen distintos tipos de desórdenes o desequilibrios, ya sea en el plano emocional, psicológico o conductual, los cuales se interrelacionan estrechamente.^{1,2}

Los hábitos como formas de actividad pueden ser una de estas válvulas para calmar una determinada necesidad emocional.⁶

Estos se definen como acciones y movimientos que responden a un fin determinado, proporcionar placer o sentimientos de seguridad o estabilidad, entre otros. Estos actos son la automatización parcial de la ejecución y regulación de los movimientos dirigidos a un fin, y tienen un componente motor, sensorial y central.¹

Dentro de esta categoría, se emplazan los hábitos deformantes de la oclusión dentaria, que son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por actos de repetición frecuente, de forma voluntaria, consciente o instintiva en sus inicios y que al fijarse por el entrenamiento llegan a convertirse en inconscientes.⁷⁻¹³

De manera general, estos hábitos producen interferencias, actuando como obstáculos en el proceso de crecimiento y desarrollo de las estructuras del aparato estomatognático (los componentes dentario, muscular y esquelético) y a consecuencia de ello, pueden ocasionar anomalías en la morfofisiología bucal. A su vez, estos hábitos al producir afectaciones a las posiciones dentarias óptimamente funcionales (oclusión), se consideran como uno de los factores etiológicos más comunes de las maloclusiones desde el siglo XIX. En fin, la presencia de los mismos suele considerarse como un factor de riesgo que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad a desarrollar maloclusiones en dependencia de la duración, intensidad y frecuencia de su práctica, pudiendo ser considerados incluso como fenómenos de naturaleza física, biológica y psicosocial.^{1,6,8,10-12,14-19}

Las maloclusiones constituyen una de las principales afecciones de la cavidad bucal, ocupando el tercer lugar en escala de problemas de salud según la OMS. Se ha clasificado a las maloclusiones como estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y lo hace tímido, retraído y hasta agresivo.^{1,5,10,12,15,20-22}

Por todos estos elementos, podemos suponer entonces que los desórdenes emocionales tienen amplia relación con los hábitos deformantes de la oclusión dentaria, tanto en la aparición como en la permanencia de estos; y a su vez, la práctica estos mismos hábitos y la aparición de maloclusiones trae aparejada la afectación psicológica del individuo.⁶

En 1915, Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes.²³ Actualmente, a nivel mundial se ha registrado una gran variedad de estudios que demuestran que la causa de maloclusión más importante, la constituyen los hábitos orales de larga duración.¹⁵

Los hábitos bucales deformantes tienen un alto grado de prevalencia en niños, la que depende de la edad y del tipo de hábito. Acorde al estudio de Pipa, no se muestra diferencia significativa entre ambos sexos.¹¹ De manera general en edades

entre 2-4 años el chupete está más extendido, mientras que en los niños mayores de cuatro años lo es la respiración oral.¹⁰

Pipa señala que Bishara concluye en su estudio que a finales del primer año de vida el 40% de los niños/as usan chupete y el 31% presentan el hábito de la succión digital. A los cuatro años ya se invierten las cifras.¹¹

La edad de mayor prevalencia, en estudios referenciados por Morales, oscila entre los siete u ocho años.⁹

Algunos autores afirman que en la provincia de Cienfuegos los resultados son similares a los recogidos de forma general en Cuba en cuanto a predominio de los hábitos deformantes bucales.^{10,21} En un estudio realizado hace 10 años atrás en la provincia, Acevedo plantea encontrar un elevado porcentaje de niños portadores de hábitos deformantes con anomalías de la oclusión bajo predominio del sexo femenino, debido a factores del orden psicológico.²⁴

Lo que nos lleva a la pregunta: ¿Existe relación entre los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en el plano emocional y psicológico? ¿Cómo se establece y desarrolla esta relación? ¿Cuáles son sus principales características?

No se constatan en la bibliografía consultada estudios o revisiones referidas a la relación existente entre los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en estos planos, aunque en la mayoría de los estudios se señalen aspectos relativos al tema.

Con el fin de brindar un aporte práctico y de llenar un vacío con relación al conocimiento de este tema, se propone como objetivo de la presente revisión bibliográfica describir la relación establecida entre los hábitos bucales deformantes y los desórdenes en el plano emocional y psicológico.

La identificación de dichos hábitos y de su componente psicossomático y emocional de grado variable, a través de sus características individuales, permite al profesional actuar preventivamente en la atención primaria de salud para disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones, y poder brindar una atención al paciente que sea a la vez, eficaz y adecuada dependiendo la causa de su padecimiento.

DESARROLLO

1. Características generales de los hábitos bucales deformantes relacionados con desórdenes emocionales y psicológicos

Causa: los hábitos deformantes presentan una etiología multifactorial. Los que persisten en el tiempo o se presentan en etapas tardías del desarrollo, se deben con mayor probabilidad a problemas psicológicos o frustraciones como estrés, aburrimiento, falta de atención, ansiedad, fatiga, conflictos emocionales (celos, inseguridad), cansancio y problemas en el entorno con familiares o amigos, con lo que se evidencia un fuerte componente psicológico y neurológico.^{9-11,25-27}

Muchos niños frente a las perturbaciones emocionales toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llegan a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias. Moyers sugiere,²⁸ todos los hábitos de presión anormal

deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas, debido a su posible relación con deseos de llamar la atención o hambre.

Clasificación: los hábitos bucales deformantes pueden clasificarse de diversas formas. Son instintivos ya que en su comienzo la mayoría son funcionales pero que pueden volverse perjudiciales, si se realizan de forma persistente. Son placenteros gracias a que brindan una sensación agradable y de bienestar. Además, son imitativos debido a que también aprenden al observar las actitudes de una persona como gestos, muecas, formas de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares fundamentalmente.^{9,10} En el estudio de Herrero, son citados como factores ambientales.²¹

Acorde a su función, muchos de estos hábitos en sus inicios son clasificados como fisiológicos, beneficiosos o funcionales, debido a que cumplen con una función determinada, en un rango de tiempo que puede o no estar establecido, según las características con las que nacemos. Su práctica normal realizada correctamente beneficia al individuo. Con el tiempo, se pueden tornar no fisiológicos, perjudiciales o deletéreos, o su acción les condiciona en esta categoría desde los inicios de su práctica debido a que ejercen fuerzas perniciosas sobre los tejidos blandos y los arcos dentarios en la cavidad bucal.^{6,13,26}

De acuerdo con la frecuencia e intensidad, si se presentan ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia, se les clasifica como hábitos no compulsivos y cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con los mismos, al extremo que acude a su práctica, ante alguna situación de amenaza o inseguridad, entonces se les considera como hábitos compulsivos.¹⁸

Género: con base a datos referenciados por numerosos estudios, incluyendo realizados en Cienfuegos, se evidencia que estos hábitos, especialmente los de succión y en menor parte los de respiración bucal, los mayores porcentajes corresponden a las féminas. Hay autores que plantean que se debe a que estas tratan de llamar más la atención, por ser las niñas el sexo más delicado, ellas son más tranquilas y aprenden juegos pasivos.^{6,8-10,12,16,24}

Morales refiere que Páez afirma en cuanto a lo observado en el sexo femenino, la posible asociación a la sobreprotección que ejercen los padres sobre las niñas, que en vez de corregirles los malos hábitos, los estimulan o elogian, pudiendo incluso parecer como un acto agradable y tierno ante sus ojos.⁹

Con relación a este resultado, Montiel²⁷ tiene un planteamiento diferente. Él afirma que la vida moderna está sometida a un alto grado de estrés, donde el desarrollo de las enfermedades relacionadas con emociones y tensiones es muy común, por lo que su estudio le permitió comprobar que los hábitos afectaron más al sexo femenino, gracias a las diferentes educaciones sexistas que se imponen como norma y necesidad, de manera que a las mujeres se les somete a más indicadores de presión y supresión psicosocial, pudiendo aumentar el grado de desequilibrio emocional de las mismas. En otro estudio, realizado por León Caballero,²⁹ se aprecia el mismo resultado en cuanto al sexo femenino.

2. Características específicas de hábitos bucales deformantes relacionados con desórdenes emocionales y psicológicos

2.1. Hábitos de interposición

2.1.1. De objetos y onicofagia:

Causa: los niños con alta tensión nerviosa adquieren a menudo este hábito, y es frecuente que ocurra en ellos un desajuste social psicológico que tiene mayor importancia clínica que el hábito en sí mismo, constituyendo este un síntoma del verdadero problema. Al volverse un hábito compulsivo e incontrolado puede ser visto como una muestra de inmadurez emocional.^{12,28,29}

Características: en el niño pequeño es normal explorar el ambiente en el que se encuentra a través de introducir objetos variados en su boca, analizando todas sus características a través de los órganos de los sentidos. Algunos autores plantean que como hábito bucal deformante propiamente dicho, aparece con la instalación de la oclusión temporaria, después de la lactancia.^{12,18,28}

Avanzando en el tiempo, esta situación puede devenir en un hábito bucal deformante, ya que no cumple ninguna función, y puede ser continuidad del hábito de succión apreciado en edades tempranas, o sea, la succión se mantiene incluso en etapa adulta bajo diferente forma, ya sea al colocar algo en la boca por satisfacción como un lápiz, chicle, o morderse las uñas.^{9,12}

Tratamiento: se utilizan terapias diversas entre las que se encuentran las referidas a la modificación de la conducta, psicoterapia, sugestión e hipnosis.⁷

2.1.2 Lingual

Causa: las personas asociadas a este hábito por lo general son nerviosas, tensas, con desajuste social y psicológico, siendo esto de mayor importancia clínica que el hábito que sólo es un síntoma en su problema básico.^{10,12}

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual, entre ellas se cita que la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con un componente emocional y dificultad en la adaptación.^{12,30}

2.2. Hábito de succión digital

Causa: la succión digital inicialmente es causada por disminución o discontinuidad de la leche materna hacia el infante, lo que provoca que este al ver la forma del pezón materno reflejada en el dedo por su consistencia, olor y sabor se succione por satisfacción.¹⁰ Si se presenta tardíamente y persiste en el tiempo, se debe con mayor probabilidad a frustraciones o problemas mantenidos de corte psicológico como son: estrés, aburrimiento, ansiedad, cansancio, sueño, retraimiento, miedo o inseguridad ante un ambiente desconocido, necesidad de consuelo o protección por regaños u otros motivos y problemas en el entorno con familiares o amigos, entre otros.^{9,11} Veliz¹⁰ afirma que ese último aspecto relacionado con la

disfunción familiar constituye un factor importante en la etiología y persistencia de este hábito. Muchos niños presentan dificultad para dormir y necesitan del chupeteo de los dedos, el acariciar un juguete de tela suave para poder dormir.²⁸

Este hábito desaparece en niños normales rápidamente. Pero cuando éste persiste, incluso en la etapa escolar por falta de seguridad y afecto, es más difícil que se anule, gracias al mantenimiento continuo de estados emocionales perjudiciales.⁹

Existen diversas teorías y estudios que tratan de explicar la etiología del hábito de succión digital. La primera de estas la relaciona con el deseo de alimentarse, en las primeras semanas de vida, típicamente vinculado con problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria. La segunda, la explica desde tensión o los conflictos emocionales insuperables, la inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseos de llamar la atención, de los cuales trata de liberarse o escapar, siendo expresión de un patrón de conducta infantil. La tercera la asocia con la erotogénesis de la boca y organización pregenital y actividad sexual en la primera semana de vida según Freud. Se plantea además por la prolongación de lactancia sin restricción ya que el impulso oral es reforzado, esta teoría anterior.³¹

Clasificación: los hábitos de succión fueron clasificados en correspondencia a Turgeon en 1996, como hábito de succión nutritivo y hábitos de succión no nutritivos.³²

El primero, conocido como amamantamiento, es primordial para el neonato, debido a la función tan importante que realiza para mantener la vida y es un factor protector con grandes beneficios inmunológicos y psicológicos para el niño, además de efectos variados sobre el desarrollo armónico del crecimiento del maxilar y los arcos dentales.⁹

Los segundos son adquiridos con rapidez, se realiza para sentir un contacto y eliminar frustraciones, no son funcionales. La mayoría de los estudios muestran que estos hábitos están asociados a la corta duración de lactancia materna aunque no establece propiamente una relación causal, sino más bien es un factor que predispone a ello.^{9,31} Se consideran normales hasta los dos años en aseveración de Veliz, lo que no coincide con otros estudios que afirman que hasta los cuatro años de edad. De manera general, juegan un papel importante en el desarrollo emocional del niño, pero son aconsejables después de los seis años, en donde el niño empieza la etapa de socialización y se encuentra en tránsito hacia la dentición permanente, de manera que ya pasan a considerarse propiamente como hábitos bucales deformantes.^{9,11,17,32}

Características: responde a un acto reflejo innato y adaptativo, común en los mamíferos (específicamente se ha estudiado en monos Rhesus).^{11,17}

Es el pulgar el dedo más utilizado para la realización del hábito de succión digital (50% en el caso del estudio de Pipa),^{9,13} aunque en el estudio de Veliz se afirma que aproximadamente de 50 al 87% de los niños se chupan este dedo.¹⁰

Es uno de los hábitos más frecuentes con base referencias diversas.^{7,8,16,25}

Edad: se presenta de manera temprana y es considerado uno de los más comunes hábitos de la infancia, comenzando en las primeras horas de vida debido a que en cifras de estu-

dios, el 90% de los recién nacidos muestra alguna forma de chuparse la mano.^{9,10,17,25,33}

Comienza en la vida fetal (29ª semana de la gestación) y es considerado esencial para el desarrollo fetal y neonatal posteriormente, y por su condición refleja, como afirmamos anteriormente, es considerado normal hasta los tres o cuatro años en opinión de varios investigadores, aunque Morales afirma que hasta los dos años no producirá cambios en la cavidad oral y tampoco lo hará en el rango de tres a cinco años, si es detectada a tiempo y corregida. A partir de este rango de edades se le puede clasificar como deformante, requiriendo tratamientos de tipo psicológicos, fonoauditivos u odontológicos.^{9,10,17}

Género: la succión digital es más evidente en las niñas, que de acuerdo varios elementos como la educación que ellas reciben, el rol que la sociedad estipula correcto para ellas y el consentimiento y reforzamiento del hábito por los padres, se influye indirectamente en su padecimiento.^{6,8,12,16,31}

Fases o etapas:

- I. Succión del pulgar normal y clínicamente no significativa: esta fase del hábito se extiende del nacimiento hasta la edad de tres a cuatro años, abandonando espontáneamente esta práctica cuando arriban a este rango de edades. Los psicólogos consideran contraproducente tratar de que el niño en esta fase abandone el hábito, pues esto podría provocar que lo sustituya con otro hábito.^{6,34,35}
- II. Succión del pulgar clínicamente significativa: esta fase se extiende desde los tres a los seis y siete años. El acto practicado en esta época requiere atención cuidadosa por el estomatólogo, porque es un indicador de posible ansiedad clínicamente significativa y porque es el momento más propicio para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión. Se requiere conocimientos de psicología por parte del estomatólogo, que le permiten tratar adecuadamente al niño, y ganarse su confianza y amistad, para lograr mejor colaboración.^{34,35}
- III. Succión del pulgar complicada o no tratada: prolongada después del rango de los 3-7 años, la succión es un problema clínico difícil, por lo que la misma evidencia que el niño tiene conflictos o problemas complejos que no es capaz de resolver por sí solo y en la succión encuentra el escape a los mismos. Estos aspectos, son más graves y complejos que la anomalía producida por el hábito. Esta fase clínica requiere muchas veces la colaboración más estrecha entre el estomatólogo, el pediatra y el psicólogo.^{34,35}

Consecuencia: en caso de ser criticados y ridiculizados por sus padres o seres queridos, su salud psicológica y emocional se verá afectada, ocasionando un daño en su autoestima y comportamiento ante la sociedad.³¹

2.3 Respiración bucal

Concepto y causa: puede ser considerado como un trastorno respiratorio del sueño (SDB) debido a que en algunos estudios se ha encontrado un patrón cefalométrico característico

en individuos con apnea obstructiva del sueño y este hábito. La respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, anatómicas o hábitos. También pueden deberse a problemas del sueño, la mayoría de los respiradores nasales han reportado roncar por la noche de manera habitual.^{10,36}

Características: el respirador bucal tiene algunas características básicas que permiten su diagnóstico tanto por profesionales, como por familiares. Muchos de los pacientes plantean comúnmente problemas al dormir y sentirse adormecidos durante el día.^{10,36}

En la población pediátrica se distinguen características diversas citando: trastorno hiperactivo del déficit de atención (ADHD, por sus siglas en inglés), problemas del aprendizaje, problemas posturales y otras alteraciones.³⁶

Consecuencia: en el plano psicológico el paciente experimenta somnolencia o puede cansarse fácilmente durante el día, despertarse con dolor de cabeza, y como resultado puede tener dificultad en concentrarse en la escuela o en las actividades diarias de manera general, resultando apreciado por algunos autores en el hecho de que aparecen sentimientos de frustración y disminuyen las notas académicas. Puede producir problemas de aprendizaje donde la deficiente oxigenación le impide al niño prestar atención en clase durante mucho rato, adoptando incluso una típica cara de niño distraído. Este niño no aprende con la rapidez de otros, debido a la falta de concentración durante clases.^{27,36}

2.4 Bruxismo

Causa: este hábito bucal resulta ser uno de los hábitos más estudiados y del que menos se conoce, por la cantidad de teorías que tratan de sustentar su etiología, considerada multifactorial. Algunos autores coinciden en darle una etiología idiopática, que se le atribuye a un componente psicogénico y neuromuscular o ambiental, influyendo decisivamente en esto los estados de ansiedad y estrés incontrolados. Otros afirman que los factores genéticos y alérgicos deben considerarse, así como el déficit de factores nutricionales.^{18,37}

Esta patología, que se encuentra inmersa en el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en los Estados Unidos de América, es el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) y data de 1994.³⁷

Características: el dolor mañanero o después de un episodio, puede perdurar de forma continua en dependencia de factores psicológicos y de la capacidad adaptativa del paciente. El bruxismo primario (idiopático), corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas. El bruxismo secundario (iatrogénico), corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y a administración de drogas. De acuerdo a las características clínicas particulares, se presentan diferentes tipos de bruxismo asociándose principalmente con adultos ya que se presentan escasamente en niños.^{37,38}

Mecanismo de acción: según investigaciones algunos casos han mostrado incremento de la actividad electromiográfica del músculo masetero durante el sueño después de que los sujetos han experimentado estrés emocional o físico. Por otra parte, se ha sugerido una mayor actividad simpática considerada como respuesta al estrés debido al incremento de catecolaminas urinarias encontradas en pacientes con bruxismo del sueño. Otros estudios concluyen que la epinefrina y la dopamina liberadas por el estrés tienen una fuerte y significativa relación con el bruxismo.³⁷

Tratamiento: el enfoque de éste debe dirigirse a reducir el dolor y prevenir el daño dental permanente. Se procede a evaluar la conducta por medio de un equipo multidisciplinario de salud, en el que podemos incluir a psicólogos, protesistas, ortodoncistas y otros. Los tratamientos psicológicos deben enfocarse hacia la disminución del nivel de estrés, como son la terapia ocupacional, educación conductual con cambio en los estilos de vida, autosugestión, relajación psicofísica, psicoterapia e hipnosis. El bruxismo nocturno, como una parasomnia, corresponde a una entidad que debe ser tratada de forma diferente al bruxismo diurno.^{7,37}

2.5 Hábitos posturales

Causas: durante la niñez y adolescencia es común que la autoestima de estos individuos sea susceptible a la valoración de los demás en la construcción de opinión del individuo acerca de sí mismo. Cuando estas opiniones son negativas, el individuo tiende a retraerse, a mantener una baja autoestima, patrones emocionales negativos y una posición encorvada y retraída.^{1,2,39}

Consecuencias: el paciente refiere el mantenimiento de alteraciones del sueño y alteraciones comportamentales (retraso de aprendizaje, dislexia, déficit de atención, ansiedad, etc.).^{2,38}

Los hábitos posturales incorrectos pueden influir en el desarrollo de anomalías de la posición mandibular, desviándola a esta junto con los dientes, pudiendo ser expresión de una condición de salud precaria y falta de cuidado personal y amor propio.^{7,28}

CONCLUSIONES

Los hábitos bucales deformantes de la oclusión dentaria tienen un componente psicossomático que les proporciona una amplia relación con el campo de las emociones humanas. El conocimiento de este último aspecto tanto en sus generalidades como en sus particularidades, es una herramienta clave al estomatólogo para poder brindar una atención eficaz, personalizada y holística al paciente.

A partir de la descripción de la relación de los desórdenes emocionales con hábitos como los de interposición y los posturales, la succión digital, la respiración bucal y el bruxismo; se podrá actuar con rapidez para disminuir, con acciones preventivas, la incidencia y prevalencia de las maloclusiones causadas por los hábitos referidos, al trazar estrategias de intervención y programas educativos desde la atención primaria de salud.

REFERENCIAS

- Núñez F, *et al.* Psicología y salud. La Habana: ECIMED; 2001. 293 p.
- Berdasco A, *et al.* Pediatría. Tomo I. Cuba: Editorial Pueblo y Educación; 1996. 154 p.
- Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. salud* 1999 1(2): 23-31.
- Pérez MV, Díaz A, Vinet E. Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables. *Psicothema* 2005; 17(1): 37-42.
- Mora C, Gil M, Álvarez I, Cardoso M, Álvarez P, Oliva C. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. *Medisur* [revista en Internet] 2014; [citado 2018 ene 29]; 12(6). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2617>
- Álvarez I, Lescaille Y, Mora C, Pieri K, González B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. *Medisur* [revista en Internet] 2013; [citado 2018 mar 10]; 11(4). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>
- Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. 564 p.
- Núñez ME, González O, González Y, Madam M. Determinar los hábitos bucales deformantes en estudiantes de la Escuela Primaria "Raúl Gómez", municipio Güines. *Rev Ciencias Médicas* [revista en Internet] 2015; [citado 2018 Mar 3]; 21(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
- Morales NE. Prevalencia de mordida abierta anterior en pacientes con succión digital; Escuela Apóstol Santiago, Guayaquil 2015. [Tesis]. Guayaquil: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
- Veliz Z. Factores de riesgo de maloclusiones presentes en niños de 5 -11 años, área V. Municipio de Cienfuegos. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado"; 2010.
- Pipa A, Cuerpo P, López E, González M, Pipa I, Acevedo A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Av Odontostomatol* 2011; 27(3): 137-45.
- Herrero C. Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández. [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2003.
- Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Internet. 2011; [citado 2018 Abr 29]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/#>
- Toledo G. Fundamentos de Salud Pública. ECIMED: La Habana; 2005.
- Díaz H, Ochoa B, Paz L, Casanova K, Coca Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. *Medisur* [revista en Internet] 2015; [citado 2018 abr 12]; 13(4). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2848>
- Hernández E, Rodríguez MI, Silva A, García E. Las mordidas abiertas anteriores en pacientes de 9 a 14 años de edad. *Rev Ciencias Médicas* [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 12]; 19 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942015000500007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Ramírez L. Posiciones e inclinaciones de estructuras dentoalveolares en pacientes con mordida abierta y profunda según el biotipo facial. [Tesis]. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos; 2015.
- Valdés R, *et al.* Manual de Odontopediatría. La Habana-Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014. Cap. Ortodoncia en Odontopediatría. 210-69.
- Díaz JE, Pellitero BL, Rodríguez EM, Ayala Y, Segura N, Carmona E. Maloclusiones, signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en adolescentes de la Parroquia Jusepín. *Monagas. Venezuela. Correo Científico Médico* 2012; 16(4).
- Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *Medisur* [revista en Internet] 2016; [citado 2018 Abr 15]; 14(2). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3000>
- García VJ, Ustrell JM, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av Odontostomatol* 2011; 27(2).
- Leon K, Maya B, Vega G, Mora C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. *Rev Cubana Estomatol* 2007; 44(4).
- Graber TM, Swain BF. Ortodoncia. Conceptos y técnicas. Tomo I. La Habana Editorial Científico Técnica; 1984. Pp. 11-16.
- Acevedo O, Rosell CR, Mora C, Padilla EM. *MEDISUR* 2008; 6(2).
- González YA. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. *Rev Ciencias Médicas* 2015; 19(1).
- Cepero Z, Hidalgo I, Duque J, Pérez J. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Rev Cubana Estomatol* [revista en Internet]. 2007 [citado 2018 May 3]; 44 (4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Montiel JM. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 4 a 6 años. *Rev ADM* 2004; LXI(6): 209-14.
- Moyers R. Tratado de Ortodoncia. La Habana: Edición revolucionaria; 1996.
- León K, Maya B. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. *Rev Cubana Estomatol* [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 May 2]; 44(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est03407.htm
- Martín L, García S, Expósito I. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. *Revista Cubana de Estomatología* [revista en Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
- Martínez C. Salud y Familia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
- Moreno DC. Prevalencia de la mordida abierta en niños de 6-12 años de edad que acuden a la clínica de la Universidad de las Américas. [Tesis]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2016.
- Cenci VS, Mara S, Essuane M, Mitugui F, Fernando CL, Corrêa R, Fujimaki M. Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Braz. oral res* [revista en Internet] 2015; [citado 2018 May 3]; 29(1). São Paulo. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242015000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* [revista en Internet] 2012; [citado 2018 May 3]; Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws>

- publicaciones/2012/art-28/#
35. Nápoles A. Succión Digital y funcionamiento familiar en niños de 4 a 6 años en el municipio Cienfuegos [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2005.
 36. Thomé MC, Ferreira C, Pacheco L, Silveira N, Martins MT. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. *Dental Press Journal of Orthodontics*. [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 May 3]; 20(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.20.4.039-044.oar>
 37. Frugone RE, Rodríguez C. Bruxismo. *Av Odontostomatol* [Internet] 2003; [citado 2018 abr 29]; 19(3):123-30. doi: 10.4321/S0213-12852003000300003 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000300003
 38. González EJ, Gutiérrez M, Pellitero B. Manifestaciones clínicas de trastornos temporomandibulares en bruxópatas. *Correo Científ Méd Holguín* 2011; 15(4).
 39. Bobes J. Odontoposturología: un nuevo campo de actuación para los dentistas. *Gaceta Dental* [Internet]. 2013 [citado 2018 abr 13]; 251. Disponible en: http://www.sekmo.es/imagenes/autor_1/galeria_13/251_dossier_odontoposturologia.pdf