

Universidad de Ciencias Médicas

Santiago de Cuba

***HIPNOTERAPIA UN TRATAMIENTO PARA LA  
SUCCIÓN DIGITAL***

Autores: Dra. Grethel Cisneros Domínguez

Dra. Vivian Queralta Mazar

Dr. Jorge Carlos Abad Araújo

Lic. Irene Cruz Martínez

2020

Año 62 de la Revolución

## RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención terapéutica para evaluar la efectividad de la hipnoterapia como tratamiento alternativo para la eliminación del hábito de succión digital en pacientes pediátricos atendidos en la consulta de Ortodoncia del Hospital Clínico Quirúrgico “Juan Bruno Zayas Alfonso” durante el período comprendido de enero a diciembre del 2019. La información se procesó mediante el paquete estadístico SPSS/PC y se empleó el porcentaje como medida de resumen para las variables cualitativas. En la casuística predominó el sexo femenino, la maloclusión Clase II y el hábito de succión intermitente. La mayoría de ellos necesitaron entre 4 y 6 sesiones de hipnoterapia. A los 6 meses de tratamiento el mayor porcentaje de la serie se encontraba en mejoría o erradicación del hábito. Se concluyó que la hipnoterapia resultó efectiva en el tratamiento del hábito de la succión digital en estos pacientes

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

## INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento el niño exterioriza el reflejo de succión elemento indispensable que le permitirá su alimentación y supervivencia. Dicho 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 repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, la fonación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos succión del pulgar y otros dedos, queilofagia, onicofagia, posturas inadecuadas, mordedura de objetos duros y succión del chupete.<sup>1-3</sup>

En la etiología de los hábitos están los de origen hereditarios, defensivos, instintivos, placenteros, imitativos y adquiridos: en los hereditarios tenemos las malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros. Los imitativos son los gestos, muecas. Los adquiridos encontramos la fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido. Los defensivos en aquellos pacientes que tienen obstáculos respiratorios ya sean altos o bajos como la rinitis alérgica, asma, en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo. En este estudio analizaremos los de origen placentero, en el que encontramos la succión digital.<sup>4</sup>

La succión es una actividad innata de carácter reflejo que se ha podido constatar 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 produce en compensación a 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.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup> Debemos señalar que no todos los niños que practican succión digital

presentan maloclusión, esto depende de la posición de los dedos, número de dedos implicados, frecuencia, intensidad, duración, así como el patrón facial. Este hábito ocupa un lugar destacado entre los hábitos bucales deformantes o disfuncionales, por ser uno de los más frecuentes en el niño, por las grandes deformaciones que produce en el área facial y por la implicación psíquica que de ello se deriva. Su incidencia ocupa en algunas regiones, como en los países europeos llegan hasta un 90%, y en los occidentales se afectan a un 15 al 45% de los niños.<sup>7-9</sup>

En la etiología se considera que la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. Cuando aparece durante las primeras semanas de vida, el hábito está relacionado con los problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria. Puede ser ocasionado por la prolongación de la lactancia sin restricción, la cual refuerza el impulso oral. 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 como la 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 y evitar el llanto. Se ha asociado con el brote de la dentición, la fatiga y el sueño, con la ansiedad, inseguridad, falta de afecto y por imitación de otros niños<sup>6</sup>.

Se han encontrado diferentes tipos de hábitos de succión dentro de ellos están: Succión del pulgar, del dedo índice, el índice y medio, el dedo medio y anular y la succión de varios dedos. La más frecuente es la succión del pulgar, donde los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.<sup>10</sup>

El diagnóstico se realizará a través del interrogatorio tanto al niño como a los padres, examen físico intraoral y extraoral. El estomatólogo debe tener dominio de las características morfológicas y funcionales del hábito para la identificación del mismo fundamentalmente cuando su práctica es negada.<sup>6, 10</sup> Dentro de las características clínicas que debemos conocer para su diagnóstico se encuentran:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ 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.<sup>1</sup>

El Tratamiento de la succión digital hay que tener en cuenta la edad del paciente ya que algunos autores y psicólogos lo consideran una conducta normal hasta los 3 ó 4 años.

Generalmente las maloclusiones producidas por este hábito en la dentición temporal suelen autocorregirse, pero una vez brotados los dientes permanentes si persiste, 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 terapias combinadas.<sup>1, 6,10</sup>

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

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.<sup>10,</sup>

La aplicación de la hipnosis en Estomatología ha tenido gran auge en los últimos años, se ha utilizado no sólo como anestésico bucal, sino como analgésico, para mejorar la higiene y para eliminar el temor ante los procedimientos estomatológicos. En Medicina para diferentes enfermedades, para el alcoholismo, el tabaquismo y para la obesidad, entre otros, aunque sigue siendo un recurso poco aplicado tanto en el país como universalmente.<sup>11</sup> Por lo expuesto anteriormente se decide realizar el presente estudio para evaluar la utilidad de la hipnoterapia como tratamiento alternativo en la erradicación del hábito de succión digital.

**Problema científico:** ¿Será efectiva la hipnoterapia como tratamiento alternativo en pacientes con hábito de succión digital?

**Hipótesis:** La hipnoterapia podría ser efectiva como tratamiento alternativo para la eliminación del hábito de succión digital en niños.

**Justificación de la Investigación:** El presente estudio reviste gran importancia ya que la succión digital es un hábito pernicioso que genera negativos resultados estéticos, trastornos psicológicos y serias maloclusiones que involucran al Sistema Estomatognático, condicionando terapias largas y costosas para su posterior solución.

La utilización de la hipnoterapia en el tratamiento de la succión digital es una herramienta más al alcance de los profesionales de la Estomatología, de bajo costo y fácil utilización que combinada con otros métodos de tratamiento, permite obtener un mejor resultado en la atención integral de estos pacientes.

## **OBJETIVO**

❖ Evaluar la efectividad de la hipnoterapia como tratamiento alternativo para la eliminación del hábito de succión digital en niños atendidos en dicha consulta durante el mismo período.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de intervención terapéutica para evaluar la efectividad de la hipnoterapia como tratamiento alternativo para la eliminación del hábito de succión digital en pacientes pediátricos atendidos en la consulta de Ortodoncia del Hospital Clínico Quirúrgico “Juan Bruno Zayas Alfonso” durante el período comprendido de enero a diciembre del 2013.

### **Población de estudio:**

La población de estudio estuvo constituida por 13 pacientes, los cuales fueron atendidos en la consulta de Ortodoncia, que cumplían los siguientes:

### **Criterios de inclusión:**

- ❖ Participación voluntaria expresada por los padres o tutores mediante la firma del Consentimiento Informado (Anexo 1).
- ❖ Pacientes succionadores con edades entre 7 y 12 años.
- ❖ Pacientes susceptibles de recibir tratamiento hipnótico.

### **Criterios de Exclusión:**

- ❖ No voluntariedad de participación.
- ❖ Pacientes no susceptibles al tratamiento por presentar hiperquinesia, retraso mental y epilepsia.

### **Operacionalización de las variables:**

**1. Edad (variable cuantitativa continua):** según años cumplidos, dato obtenido de la Historia Clínica Individual

- ❖ 7 años
- ❖ 8 años
- ❖ 9 años
- ❖ 10 años
- ❖ 11 años
- ❖ 12 años

**2. Sexo (variable cualitativa nominal):** según sus dos categorías biológicas los pacientes se agruparon en:

- ❖ Masculino
- ❖ Femenino

**3. Tipo de maloclusión (variable cualitativa nominal):** según Clasificación Sindrómica de Moyers<sup>12</sup> en:

❖ **Clase I:** 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 peribucal, masticatoria y 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 de estos pacientes es en general convexo y se asocian con esta maloclusión las mordidas profundas por sobreerupción de los incisivos, las 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 ya que los incisivos centrales superiores se encuentran lingualizados o verticalizados, mientras que los laterales pueden presentar una inclinación vestibular pudiendo cabalgar sobre los centrales. 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 asocia a una mordida profunda anterior

❖ **Clase III:** En esta maloclusión la estría mesiovestibular del primer molar inferior se encuentra mesial a la cúspide mesial del primer molar permanente superior.

Los incisivos inferiores suelen encontrarse en oclusión invertida total; en la mayoría de los casos los incisivos inferiores se encuentran inclinados hacia lingual. 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

**4. Frecuencia del hábito de succión (variable cualitativa nomina):** se consideró.

- ❖ **Continuo:** cuando la succión digital fue nocturna.
- ❖ **Intermitente:** cuando la succión digital fue diurna.

#### **5. Sesiones de tratamiento (variable cuantitativa nominal)**

- ❖ 1 sesión
- ❖ Hasta 3 sesiones
- ❖ Hasta 5 sesiones
- ❖ Hasta 10 sesiones

#### **6. Evolución del hábito (variable cualitativa nominal):** se consideró

- ❖ **Mantenido:** No cambios en los hábitos perniciosos de succión
- ❖ **Mejorado:** Disminución en la frecuencia de la succión
- ❖ **Erradicado:** Eliminación total del hábito

#### **Técnicas y procedimientos:**

De recolección de la información: Se realizó una revisión bibliográfica, exhaustiva y actualizada del tema, haciendo énfasis en todo lo relacionado con los objetivos de la investigación. Los datos se extrajeron de las historias clínicas con aplicación de técnicas de revisión documental y se plasmaron en la base de una planilla de vaciamiento de los datos que se crearon con este fin. Se realizaron búsquedas seriadas de información científica sobre la temática en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas.

#### **Del procesamiento y análisis de la información:**

La información se procesó mediante el paquete estadístico SPSS/PC en una microcomputadora Pentium. Durante el análisis estadístico se utilizó como medida resumen el porcentaje para las variables cualitativas. Fueron elaborados tablas y gráficos estadísticos para una mejor presentación de los resultados, utilizando para esto último el programa Excel de Microsoft Office.

#### **Aspectos éticos**

Durante la ejecución de la investigación 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 (30,76%) y del sexo femenino (69,3%)

**Tabla 1. Distribución de pacientes según edades y sexo**

Edad (años cumplidos)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7	0	0,00	1	7,69	1	7,69
8	1	7,69	1	7,69	2	15,38
9	1	7,69	3	23,07	4	30,76
10	1	7,69	1	7,69	2	15,38
11	1	7,69	1	7,69	2	15,38
12	0	0,00	2	15,38	2	15,38
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3,76</b>	<b>9</b>	<b>69,23</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica

Según la Clasificación Moyers, en la Tabla 2 se observa una preponderancia de la Clase II (8 pacientes para 61,5 %). La mayoría de estos pacientes 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. Distribución de pacientes según Tipo de maloclusión**

Tipo de maloclusión	Pacientes	
	No	%
Clase I	5	38,46
Clase II	8	61,54
Clase III	0	0,00
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica

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

**Tabla 3 Distribución de pacientes según edad y frecuencia del hábito de succión**

Edad (años cumplidos)	Frecuencia del hábito de succión				Total	
	Continuo		Intermitente		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
7	0	0,00	1	7,69	1	7,69
8	1	7,69	1	7,69	2	15,38
9	1	7,69	3	23,07	4	30,76
10	1	7,69	1	7,69	2	15,38
11	1	7,69	1	7,69	2	15,38
12	1	7,69	1	7,69	2	15,38
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>38,46</b>	<b>8</b>	<b>61,53</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica

En la Tabla 4 se observa que el número de sesiones de tratamiento recibidas varió desde 1 hasta 10. Se debe señalar que un solo paciente recibió una sola sesión, esto no es confiable y, por tanto, es causa de no erradicación posterior del hábito. Así mismo predominó la agrupación entre 4 y 6 sesiones para un 53,8 %.

**Tabla 4. Distribución de pacientes según edad y sesiones de tratamiento**

Edad (años cumplidos)	Sesiones de tratamiento						Total	
	Hasta 3		De 4 a 6		De 4 a 6		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
7	1	7,69	0	0,00	0	0,00	1	7,69
8	1	7,69	1	7,69	0	0,00	2	15,38
9	1	7,69	2	15,38	1	7,69	4	30,76
10	0	0,00	2	15,38	0	0,00	2	15,38
11	0	0,00	1	7,69	1	7,69	2	15,38
12	0	0,00	1	7,69	1	7,69	2	15,38
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>23,07</b>	<b>7</b>	<b>53,84</b>	<b>3</b>	<b>23,07</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Historia Clínica

Los pacientes de la serie se siguieron en la consulta de Ortodoncia del Hospital "Juan Bruno Zayas Alfonso", se consultaron mensualmente con el objetivo de valorar integralmente el tratamiento recibido. Se realizó una valoración a los 6 meses luego de haber terminado las sesiones de hipnoterapia. En 3 pacientes se mantuvo el hábito, en 4 hubo mejoría al espaciarse considerablemente el momento de la succión y en 6 casos se erradicó el hábito (Tabla 5).

**Tabla 5. Distribución de los pacientes según la evolución del hábito.**

<b>Tratamiento</b>	<b>No de Pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Mejorado</b>	4	30,76
<b>Erradicado</b>	6	46,15
<b>Mantenido</b>	3	23,07
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El tratamiento del hábito de succión digital en ocasiones resulta difícil, a pesar de las técnicas sugeridas para el mismo ninguna es efectiva en su totalidad, por lo que es importante tener un arsenal de herramientas para lograr los objetivos del tratamiento integral en estos pacientes. La hipnoterapia es una de estas alternativas; se utilizó en la serie antes presentada, en los niños atendidos en la consulta de Ortodoncia por maloclusión como consecuencia del hábito pernicioso mantenido. Según Gellin<sup>6</sup>, entre los tres y cuatro años de edad, el 45 % de los niños se succionan los dedos; se presenta en el 13,6 % a los seis años y va disminuyendo en dependencia de la frecuencia, duración e intensidad con que se realiza esta actividad. En el estudio no hay coincidencia con lo planteado por este autor y aunque hay mayor cantidad de niños con la edad de 9 años se considera que es algo fortuito en la serie. 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 masticación) y es, a partir de este momento<sup>13, 14,15</sup> que, de continuar con el hábito, se puede producir la maloclusión.<sup>14, 16</sup>

El hábito de succión no nutritiva prolongado en el tiempo, puede producir maloclusiones que serán mantenidas o incrementadas por hábitos secundarios como la protracción lingual, la succión labial o la deglución atípica. Es conocido que hacen falta 2 años para que el hábito de succión digital produzca efectos significativos en el maxilar y tres en la mandíbula.<sup>17</sup>

Otros autores<sup>18-20</sup> 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 ésta, sobre el proceso alveolar y sobre 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 que se produce dentro de la boca y favorecido por la acción de los buccionadores 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 el 1.7 y el 47 %. Muchas son las clasificaciones que pueden referirse de los hábitos de

succión y a los factores que los modifican, entre ellos la frecuencia, duración e intensidad.

Con relación a la frecuencia pueden ser diurnos (intermitentes), o nocturnos (continuos). Pero lo que si queda demostrado que mientras más temprano comience el hábito mayor será la duración e intensidad del mismo y por lo tanto mayor será el daño en la oclusión.<sup>4, 21</sup> Los niños tienen una alta susceptibilidad hipnótica, y aunque no alcancen un sueño profundo pueden lograrse adecuados resultados con el método en dependencia de varios factores psicológicos o fisiológicos. Lo que si es evidente que mientras aumenta la edad de los niños y más prolongado es el hábito, es necesario mayor número de sesiones y por lo tanto más difícil su tratamiento.

Durante la hipnoterapia las sesiones no deben ser únicas, la frecuencia de estas es 1 vez por semana, siendo las primeras sesiones cortas y a partir de la segunda no deben exceder los 30 minutos ya que esto provocaría una disminución de la curva de atención en los pacientes. El niño refleja las condiciones de su entorno, por lo que la familia juega un papel fundamental, conjuntamente con el sicólogo durante el proceder. Por eso la segunda parte del tratamiento, que no es más que el entrenamiento del padre o tutor, reforzando lo anterior, 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. Siempre utilizando aspectos positivos y favorables encaminados a la erradicación del hábito. Nunca con elementos de aversión.

Por todo lo anteriormente expuesto por otros autores y basándonos en los resultados de nuestra investigación podemos decir que la Hipótesis planteada anteriormente resultó ser afirmativa, ya que el tratamiento alternativo con hipnoterapia contribuyó significativamente a la eliminación del hábito de succión digital en 6 pacientes lo que representó un 46,1 % del total, igualmente 4 pacientes para un 30,7 % mejoraron dicho hábito al disminuir la frecuencia con que lo realizaban. En el trabajo publicado por Reyes *et al*<sup>18</sup>, sobre el tratamiento del hábito de succión digital mediante hipnosis, se muestra un predominio de la erradicación del hábito en 43,5 % de los casos, con cifras estadísticamente significativas, y solo 4,4 % se mantuvo con la persistencia de este hábito, lo cual coincide con los resultados de este estudio donde se encontró una notable mejoría de este hábito así como la erradicación del mismo durante el seguimiento a los 6 meses, por lo que se pone de manifiesto la utilidad de esta terapia alternativa en el tratamiento del hábito de succión digital, en los niños atendidos en la consulta de Ortodoncia.

## **CONCLUSIONES**

La hipnoterapia resultó efectiva en el tratamiento del hábito de la succión digital en estos pacientes. Predominó el sexo femenino, la maloclusión Clase II y el hábito de succión intermitente en los pacientes de la serie. La mayoría de ellos necesitaron entre 4 y 6 sesiones de hipnoterapia. A los 6 meses de tratamiento el mayor porcentaje de la serie se encontraba en mejoría o erradicación del 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; 2007 [citado 20 Jun 2016]. Disponible en: [http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion\\_Estomatologia/guias\\_practicas\\_estomatol/completo.pdf](http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_Estomatologia/guias_practicas_estomatol/completo.pdf)
2. Wolford LM. Identifying the functional and esthetical factors associated with dentofacial deformities. *Tex Dent J.* 2012; 119 (10): 1034-43.
3. Otaño LR. Manual clínico de Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
4. Rodríguez Yañez E., Casasa Araujo R., Natera A. C. 1001 tips en Ortodoncia y sus secretos. 1 ed. Venezuela: Amolca; 2009.
5. Franco Varasa, Gorritxo Gilb B, García Izquierdo F. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012 [citado 20 Jun 2016]; 14(53). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000100002>
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 2016]; 41(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
8. Kharbanda OP, Sidness S, Sundaran K, Shukla DK. Oral habits in school going children of Dheli- prevalence study. *J Indian Soc Ped Prev Dent.* 2003; 21 (3):120-4.
9. González Luna S, Vazquez Amoroso LM, García Pérez RP, Antelo Vázquez L. Prevalencia del hábito de succión digital en escolares. *Clínica Estomatológica Docente Ciego de Ávila.* [citado 20 Jun 2016]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a7\\_v11\\_supl205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a7_v11_supl205.htm).
10. Pavón Cruz M, Puig Ravinal L, Cuan Corrales M, Labrada Salvat M. Tratamientos psicológicos alternativos para eliminar el hábito de succión digital combinada. *Rev AMC* 2002 [citado 20 Jun 2016]; 6(4). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n4/495-A.htm> 6 de 7 25/02/2012 20:28
11. Hipnosis. Gabinete de Neurociencias. [citado 20 Jun 2016]. Disponible en: <http://drromeu.net/hipnosis.htm>
12. Moyers, R. Manual de Ortodoncia. Buenos Aires: Panamericana; 1992. p. 129-260.

13. Ustrell Torrent JM. Guía de la fisiología bucal infantil. Barcelona: NUK; 2010
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 J. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. AJODO. 2012; 5 (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. AJODO. 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 la hipnosis. Rev Cienc Méd. 2011 [citado 20 Jun 2016]; 17(1). Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17\\_1\\_11/hab11111.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab11111.html)
19. Laboren M, Medina C, Viloria 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 2016]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
20. Restrepo C. Tratamiento de la succión digital en niños. Rev CCE Odontología. 2010 [citado 20 Jun 2016]; 22(2). Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=678](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=678)  
[71&id\\_seccion=3113&id\\_ejemplar=6822&id\\_revista=188](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=678)
21. Clasificación de los hábitos orales. Clínicas Propdental SL 2013 [citado 20 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/B65185/>