

ARTÍCULO ORIGINAL

Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación

Treatment of finger-sucking habit by means of the relaxation technique

Katyleidis Pérez Acosta,^I Vicia Olga Reyes Suárez,^{II} Yamilín Licea Rodríguez,^{III} Suleidis Espasandín González^{IV}

^IEspecialista de I grado en Estomatología General Integral. Instructor. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba.

^{II}Especialista de II grado en Ortodoncia. Profesora Auxiliar Consultante. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en APS. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Güines, Cuba.

^{III}Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Instructor. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba.

^{IV}Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Especialista de I grado en Prótesis. Máster en Urgencias Estomatológicas. Instructor. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los hábitos bucales deformantes causan alteraciones en los diferentes componentes del aparato bucal afectando el aspecto estético. Dentro de estos hábitos se encuentra con una alta frecuencia la succión digital.

Objetivo: determinar la utilidad de la relajación como tratamiento para la erradicación del hábito de succión digital en niños de ocho a once años de edad en relación al tratamiento tradicional y determinar si existe relación con el sexo, la edad y la frecuencia del mismo.

Métodos: estudio experimental en 49 niños con hábito de succión digital pertenecientes a dos escuelas primarias, asignados 24 para el grupo experimental y 25 para el grupo control, escogidos aleatoriamente. El hábito se diagnosticó mediante entrevistas y revisión de historias clínicas. La información fue recogida en una planilla confeccionada al efecto. Los datos se procesaron y se muestran en forma tabular.

Resultados: en el grupo sometido al tratamiento de relajación predominó la erradicación del hábito con un 38.8%, siendo ligeramente superior en los varones. La totalidad de los niños de 9 años logró su eliminación y el 20,4 % de los que lo practicaban de forma intermitente logró erradicarlo.

Conclusiones: el tratamiento de relajación para la erradicación del hábito fue de gran utilidad, no mostró relación con el sexo, ni con las edades estudiadas. Resultó igualmente útil en los niños que lo practicaban de forma intermitente o continua.

Palabras clave: relajación, succión digital, eliminación.

ABSTRACT

Introduction: deforming buccal habits cause alterations in the different components of the buccal apparatus affecting the aesthetic appearance. Finger sucking can be found among these patterns with high frequency.

Objective: to determine the usefulness of relaxation as treatment for the eradication of finger sucking in children by eight to eleven years of age in relation to traditional treatment and determine if there is a relation to sex, age and frequency thereof.

Methods: an experimental study in 49 children with finger sucking habit belonging to two elementary schools, 24 assigned to the experimental group and 25 to the control group, randomly chosen. The habit was diagnosed through interviews and review of clinical histories. The information was collected in a spreadsheet made to the effect. The data were processed and displayed in tabular form.

Results: in the group subjected to the relaxation treatment predominated the eradication of the habit with 38.8 %, being slightly higher in males. The totality of 9-year-old children attained the habit elimination and 20.4 % of those who practiced it intermittently achieved the eradication.

Conclusions: the relaxation treatment for the eradication of the habit was very useful, it did not show any relation to sex, nor the ages studied. It proved to be equally useful in children who practiced it intermittently or continuously.

Key words: relaxation, finger sucking, elimination.

INTRODUCCIÓN

La succión digital es uno de los hábitos bucales deformantes más frecuentes en el niño, capaz de producir grandes anomalías dentomaxilofaciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y del estado de salud general. Es uno de los hábitos que más interesa, por la frecuencia con que se presenta, por las deformaciones que produce y por la implicación psíquica que de ellos se deriva. La succión del pulgar es la forma más común, aunque se pueden encontrar casos de succión de otros dedos y en una variada gama de posiciones.¹⁻⁴

La succión digital presenta un patrón de conducta de naturaleza multivariada al que pueden dar origen distintas causas, reuniéndose muchas veces varias de ellas simultáneamente, dentro de las que se destacan la lactancia materna insuficiente, inseguridad del niño, cambios en el entorno familiar, la inmadurez emocional del niño entre otras.

Dentro de las alteraciones producidas por el hábito se han descrito 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 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.^{5,6} La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1.7 y el 47 %.⁷

Todo ello representa un gran reto para el estomatólogo pues para lograr una atención efectiva debe lograr un estrecho vínculo con el niño realizando un esmerado trabajo en equipo interdisciplinario (pediatra, psicólogo, y psiquiatra) Es importante en primer término una atención dirigida a lograr una buena comunicación, que le facilite actuar sobre la esfera motivacional del niño para su mejor colaboración y poder modificar su conducta.

Se reportan estudios donde se ha aplicado la digitopuntura y la sedación nocturna para eliminar los hábitos deformantes con resultados alentadores por ser un método práctico, fácil y sencillo, además de económico.⁸

La relajación como recurso terapéutico ha sido utilizada desde épocas remotas para eliminar el temor que se produce en las consultas de Estomatología, aunque también se ha utilizado el convencimiento racional teniendo en cuenta que para convencer hay que valerse de razones poderosas demostrando la bondad o la utilidad de lo que se propone para hacer cambiar al individuo de conducta.

Es importante además, la cooperación de los padres pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo,⁹ similar criterio refiere Finn cuando planteó: "Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres".¹⁰

Por lo expuesto anteriormente se decide realizar el presente estudio para evaluar la utilidad de la relajación en la erradicación del hábito de succión digital en niños de ocho a once años de edad y comparar los resultados con los del tratamiento tradicional.

MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental (ensayo clínico controlado) en el Servicio de Estomatología del área sur del municipio de Güines, provincia Mayabeque entre julio del 2010 y julio del 2011.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 49 niños succionadores del pulgar pertenecientes a las escuelas primarias "José Martí" y "Héroes de la Patria" con edades entre ocho y once años. Se excluyeron los niños que ya estaban en tratamiento, los hiperquinéticos y los que presentaban reacciones disociativas.

Los mismos fueron identificados mediante la revisión de las historias clínicas del servicio de Estomatología que atiende a cada escuela, a partir de lo cual se confeccionó un listado con el nombre, edad, sexo, aula, y escuela de cada niño, otorgándole a cada uno de ellos un número, a través de los cuales el programa de computación MSA (muestreo simple aleatorio) seleccionaba los niños que recibirían el tratamiento tradicional para conformar el grupo control con 25 escolares y los del grupo experimental con 24 niños que recibirían el

tratamiento de relajación, garantizando la homogeneidad de los mismos en cuanto a sexo y grupos de edad.

Se estudiaron las variables: tratamiento asignado, edad, sexo, frecuencia e intensidad del hábito. Al grupo experimental se le aplicó tratamiento de relajación progresiva, comenzando con ejercicios respiratorios indicándole sensaciones agradables de calor y pesadez en las diferentes partes del cuerpo, así como sugerencias de bienestar y tranquilidad.

Una vez comprobado el estado de flacidez corporal se inducía a que imaginara un traslado virtual hacia su "lugar ideal de descanso", rodeado por los familiares más queridos donde regía la paz, la armonía y la buena comunicación.

Llegado éste momento ya estaban creadas las condiciones psicológicas de seguridad y confianza en sí mismo. Después de logrado este estado emocional positivo se le comunicaba que se dejaría disfrutar de este ambiente por un tiempo y se esperaba alrededor de 5 minutos. Posteriormente se le indicaba que la sensación de pesadez desaparecía, así se iba eliminando poco a poco hasta llevarlo al estado de tonicidad muscular normal.

Se le indicó al familiar que el niño(a) debía realizar el ejercicio diariamente. Al grupo control se le aplicó el tratamiento indicado para la atención primaria de salud. Remisión al psicólogo o psiquiatra, lograr la confianza del niño(a), la explicación de lo dañino del hábito y la colocación de un aparato como recordatorio.

Los niños de ambos grupos se evaluaron semanalmente por un periodo de 12 semanas. Los resultados fueron presentados en forma tabular empleando el por ciento como unidad de resumen.

Se confeccionó una base de datos para el almacenamiento y organización de la información obtenida a través de una planilla recolectora de datos, creada al efecto. El análisis estadístico de los porcentajes se realizó usando la tabla de contingencia a través de la dócima X^2 (Steel and Torrie 1988). En las tablas donde se combinan varios factores la significación dentro de la tabla se refiere a la interacción entre los factores.

En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ ó $P < 0.001$) se aplicó la dócima de comparación Múltiple de Duncan (1955). Se utilizó el software estadístico InfoStat (V1.0) para el procesamiento de la información.

RESULTADOS

La composición de la población bajo estudio se muestra en la tabla 1, donde se presenta un total de 49 pacientes de los cuales 4 corresponden al grupo que recibió tratamiento de relajación y 25 tratamiento tradicional con una distribución muy similar por sexo y edad en ambos grupos.

Tabla 1. Distribución de niños según tipo de tratamiento, edad y sexo

Edad	Tratamiento con Relajación		Tratamiento Tradicional		Total
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
	No.	No.	No.	No.	
8 años	3	3	3	3	12
9 años	3	3	3	3	12
10 años	3	3	4	3	13
11 años	3	3	3	3	12
Total	12	12	13	12	49

Al evaluar los resultados en ambos grupos de tratamiento se aprecia un predominio de la erradicación del hábito, con cifras ligeramente superiores en el grupo sometido al tratamiento de relajación con un 38.8 % respecto al que recibió tratamiento tradicional para un 36.7 %, mientras la mejoría del hábito y también su persistencia presenta cifras discretamente superiores con el tratamiento tradicional (6.1 % y 8.2 % respectivamente), en relación al tratamiento de relajación (4.1 y 6.1 %) pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. Sin embargo, en el conjunto de ambos grupos la categoría erradicado sí muestra diferencias altamente significativas con respecto las de mejorado y mantenido (tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de niños con hábito según resultado y tipo de tratamiento

Resultados del tratamiento	Tipo de tratamiento				Total	
	Relajación		Tradicional		No	%
	No	%	No	%		
Mantenido	3	6,1	4	8,2	7	14,3b
Mejorado	2	4,1	3	6,1	5	10,2b
Erradicado	19	38,8	18	36,7	37	75,5a
EE y Sign	±5.3 NS				± 6.7 ***	
Total	24	49,0	25	51,0	49	100,0
EE y Sign	± 7.1 NS					

EE: Error estándar

a, b: súper índices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

*** $P < 0.001$

NS $P > 0.05$

En relación al sexo, la tabla 3 muestra que en ambos tipos de tratamiento la erradicación del hábito se presenta con las cifras más elevadas en los dos sexos, en el grupo sometido al tratamiento de relajación, son ligeramente superiores en los varones, con un 20.4 % respecto al 18.3 % en las hembras, mientras que en el grupo sometido al tratamiento tradicional se aprecia similitud en ambos sexos para un 18.3 % en cada uno de ellos.

En la categoría mejorado no se observaron diferencias en los que recibieron tratamiento de relajación para un 2.0 % en cada sexo, pero en los que recibieron tratamiento tradicional existe un ligero predominio en los varones, para un 4.1 %, con respecto a las hembras, con el 2 %.

La persistencia del hábito con el tratamiento de relajación se presentó solo en las hembras para el 6,1 % y con el tratamiento tradicional no se encontraron, para un 4.1 % en cada sexo. En general las diferencias encontradas no mostraron significación estadística entre los sexos.

Tabla 3. Distribución porcentual de niños con hábito según sexo y resultado de tratamiento

Resultado del tratamiento	Tipo de tratamiento								Total	
	Relajación				Tradicional					
	Sexo									
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Mantenido	3	6.1	0	0.0	2	4.1	2	4.1	7	14.3
Mejorado	1	2.0	1	2.0	1	2.0	2	4.1	5	10.2
Erradicado	9	18.3	10	20.4	9	18.3	9	18.3	37	75.5
	EE=±3.9 NS								EE=±6.4***	
Total	13	26.53	11	22.4	12	24.4	13	26.5	49	100
	EE=±6.2 NS									

EE: Error estándar

a, b: súper índices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

**** P < 0.001*

NS P > 0.05

Al analizar la evolución del hábito por grupos de edad (tabla 4) se puede observar que la erradicación del mismo predominó en todos ellos con las mayores cifras, en el de 9 años con el 12,2 % lo que representa la totalidad de ellos en ambos tipos de tratamiento. Con la relajación los grupos de 10 y 11 años muestran las menores cifras con el 8,2 % en cada uno de ellos y con el tratamiento tradicional el de 8 años, con el 6,1 %.

De los niños que no lograron eliminar el hábito, 2 mejoraron su práctica con el tratamiento de relajación de 10 y 11 años para el 2,0 % en cada grupo, y con el tradicional 3 de 8, 10 y 11 años respectivamente para igual por ciento que los anteriores

La persistencia del hábito se observa en las edades de 8, 10 y 11 años con escasas cifras, así en el tratamiento de relajación solo alcanzan el 2 % en cada grupo y en el tradicional el 4,1 % en el de 8 años y el 2 % en los dos restantes.

Tabla 4. Distribución de niños con hábitos según edad y resultado con cada tipo de tratamiento

Resultados del tratamiento	Tipo de tratamiento																Total	
	Relajación								Tradicional									
	Años																	
	8		9		10		11		8		9		10		11			
	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%
Mantenido	1	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	2	4,1	0	0,0	1	2,0	1	2,0	7	14,3b
Mejorado	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	5	10,2b
Erradicado	5	10,2	6	12,2	4	8,2	4	8,2	3	6,1	6	12,2	5	10,2	4	8,2	37	75,5a
EE y Sign	± 2.9 NS																±6.7 ***	
Total	6	12,2	6	12,2	6	12,2	6	12,2	6	12,2	6	12,2	7	14,3	6	12,2	49	100
EE y Sign	± 4.7 NS																	

EE: Error estándar

a, b: súper índices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

*** $P < 0.001$

NS $P > 0.05$

Al analizar los resultados obtenidos con ambos tipos de tratamiento en relación con la frecuencia del hábito (tabla 5) se observa que la erradicación de su práctica con el tratamiento de relajación fue ligeramente más elevada en los niños que lo hacían de forma intermitente, para un 20.4 % respecto al 18,4% de los que lo realizaban de manera continua, aunque con el tratamiento tradicional el comportamiento fue similar con el 20,4 % y el 16,3 % respectivamente. Estas diferencias no mostraron significación estadística.

Se debe señalar que del grupo sometido al tratamiento de relajación, los 5 niños que no lograron eliminar su hábito, lo practicaban de forma continua, observándose resultados similares en el grupo sometido al tratamiento tradicional, donde de los 7 niños que no lo lograron erradicar 5 lo realizaban de forma continua, ocupando un 6.1 % los que no lograron ninguna modificación y 4.1 % los que mejoraron, sólo 2 lo hacían de forma intermitente con el 2 % en la categoría de mejorado y mantenido respectivamente.

Tabla 5. Distribución porcentual de niños según frecuencia del hábito y resultado con cada tipo de tratamiento

Resultados del tratamiento	Tipo de tratamiento								Total	
	Relajación				Tradicional					
	Frecuencia									
	Intermitente		Continuo		Intermitente		Continuo			
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Mantenido	0	0,0	3	6,1	1	2,0	3	6,1	7	14,3b
Mejorado	0	0,0	2	4,1	1	2,0	2	4,1	5	10,2b
Erradicado	10	20,4	9	18,4	10	20,4	8	16,3	37	75,5a
EE y Sign	±3.9 NS								± 6.7 ***	
Total	10	20,4	14	28,6	12	24,5	13	26,5	49	100,0
EE y Sign	± 6.2 NS									

EE: Error estándar

a, b: súper índices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

*** $P < 0.001$

NS $P > 0.05$

DISCUSIÓN

En la literatura médica algunos autores han reportado en sus investigaciones la efectividad de técnicas de intervención psicológicas y no psicológicas, como la hipnoterapia,^{5,11} la digitopuntura y la sedación nocturna,⁷ la relajación mediante la musicoterapia,¹² entre otras, para la eliminación del hábito en niños que succionan el pulgar y que presentan conflictos y problemas psicológicos y en la modificación de otros hábitos bucales incorrectos, resultados que coinciden con el presente estudio y similar al reportado por Pavón Cruz y colaboradores.¹³

Los buenos resultados obtenidos con la relajación se pudiese atribuir a que el niño con este tipo de tratamiento va eliminando paulatinamente la ansiedad, los sentimientos de inseguridad y estados emocionales negativos relacionados con el estrés, reforzando así su autoestima y contribuyendo con ello a poder enfrentar los diferentes conflictos que hasta ese momento no había podido dar solución, pues la relajación aplicada sistemáticamente contribuye a vaciar la mente y librar los músculos de tensiones, aunque esto puede variar de un individuo a otro, de acuerdo a factores psicológicos y fisiológicos diversos, de su personalidad y del medio social en que se desenvuelve.

En la población objeto de estudio no se encontró relación entre la utilidad del tratamiento de relajación para la erradicación de la succión digital con el sexo ni con las edades.

La similitud obtenida con este tratamiento en ambos sexos pudiera deberse a que en la sociedad cubana los padres y madres no establecen diferencias en el rol que desempeñan niños y niñas en el seno familiar, en la escuela y la comunidad con la participación en las mismas tareas y responsabilidades por lo que la respuesta al tratamiento puede considerarse independiente al sexo.

Estudios realizados por algunos autores⁹ reportan una mejor respuesta al tratamiento en el sexo femenino, otros¹⁴ en el sexo masculino, pero la mayoría^{5,13} manifiesta iguales resultados en uno y otro sexo lo cual coincide con el presente estudio.

Los resultados positivos alcanzados con el tratamiento de relajación en todas las edades estudiadas pueden atribuirse a que en este período de la vida el niño(a) posee una gran imaginación y fantasía, lo que quizás contribuye a poder imaginar con gran facilidad el "lugar ideal de descanso", creando sus propias cintas de imágenes como una película, favoreciendo la aceptación y asimilación de esta técnica, estos resultados son similares a los de otros investigadores^{5,8,13-16} quienes reportan una mayor efectividad en los grupos de edades mayores de 6 años .

La alentadora respuesta obtenida en las dos frecuencias posibles de su práctica en lo referente a los resultados del tratamiento induce a pensar que este factor no es determinante en la respuesta a esta técnica, lo que contrasta con lo obtenido por Reyes y colaboradores⁵ quienes reportan mejores resultados en cuanto a la práctica intermitente.

A partir de estos resultados se concluye que el tratamiento de relajación para la erradicación del hábito de succión digital resultó de gran utilidad y con resultados similares al tratamiento tradicional. La utilidad del tratamiento no mostró relación con el sexo, ni con las edades estudiadas y resultó tan útil en los niños que lo realizaban de forma intermitente como continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capítulo 5. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Guías prácticas de estomatología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p.261-339.
2. Otaño LR. Manual clínico de Ortodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
3. Saludalia.com [Internet]. Madrid: Saludalia Interactiva .SL; 2005 [citado 1 Mar 2012]. Disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_habitos_dientes1
4. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgos asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 [citado 20 Jun 2010];41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Reyes Suárez VO, Rivero Villalón M, Solana Acanda L, Iglesias Berlanga I. Tratamiento del hábito de succión digital mediante la hipnosis. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2011 [citado 20 Jun 2010];17(1). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab111111.html
6. Laboren M, Medina C, 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 Odontopediatría [Internet]. 2010 [citado 20 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

7. Restrepo C. Tratamiento de la succión digital en niños. Rev CCE Odontología [Internet]. 2009 [citado 20 Jun 2010];22(2). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67871&id_seccion=3113&id_ejemplar=6822&id_revista=188
8. Sorhegui Rodríguez A, Rigol González AE, González Navarro M, Martín Mendecochea L. Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod [Internet]. 1998 [citado 20 Jun 2010];13(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol13_2_98/ord07298.htm
9. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para eliminación de hábitos incorrectos. Rev Cubana Ortod [Internet]. 2000 [citado 20 Jun 2010];15(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm
10. Finn SB. Odontología Pediátrica. 4ta ed. México, DF: Editorial Interamericana; 1976:19-25.
11. Voss Zuazola R. Aspectos ortodóncicos y psicoterapéuticos en tratamiento de malos hábitos. Rev Chil Odontoestomatol 1988 Jul;2(1):25-31.
12. Barrios Piñera S. La vinculación escuela-familia-estomatólogo general integral (EGI) en la corrección de hábitos deletéreos: succión digital, onicofagia y bruxismo, en escolares primarios, a través de la musicoterapia. Pinar del Río. Revista Mendive [Internet]. 2009 [citado 20 Jun 2010];32. Disponible en: http://www.revistamendive.rimed.cu/nfuentes/num32/pdf/Art_10_Susana.pdf
13. Pavón Cruz M, Puig Ravinal L, Cuan Corrales M, Labrada Salvat M. Tratamientos psicológicos alternativos para eliminar el hábito de succión digital complicada. Rev Archivo Médico de Camaguey [Internet]. 2002 [citado 20 Jun 2010];6(4). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n4/495-A.htm>
14. Reyes Suárez VO, Dacourt Flores J, Alfonso Álvarez ME. Ortodoncia e hipnosis: una nueva experiencia. Rev Ciencias Médicas de La Habana 1989;(1):15-22.
15. González JE. La cura sugestiva nocturna de los hábitos bucales perniciosos. Rev Cubana Estomatol 1977;14(1):19-20.
16. Suárez Portellez AL, Bidopia Ríos D. Cura sugestiva nocturna y auriculoterapia en el tratamiento de hábitos bucales deformantes. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 1998 [citado 20 Jun 2010];2(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no24/n24ori1.htm>.

Recibido: 25 de septiembre de 2013.

Aprobado: 7 de noviembre de 2013.

Katyleidis Pérez Acosta. Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Instructor. Máster en Urgencias Estomatológicas. Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco". Güines. Mayabeque. Cuba. E-mail: katileidysp@infomed.sld.cu