UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

TEMA:

Incidencias de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la Clínica de Odontopediatría

AUTORA:

Andrea Cristina Crespín Ponce

TUTORA:

Dra. Astrid Daher Achi.

Guayaquil, Junio del 2015

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutores del Trabajo de Titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga. Cuyo tema se refiere a:

Incidencias de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la Clínica de Odontopediatría.

Presentado por:

Andrea Cristina Crespín Ponce
C.I. 0930905591

Dra. Astrid Daher Achi
Tutora Académica y Metodológica

Dr. Washington Escudero Doltz. Msc.
Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés. Msc.
Subdecano

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla. Msc.
Directora Unidad de Titulación

Guayaquil, Junio 2015

AUTORÍA

Las opiniones, criterios, conceptos y hallazgos de este trabajo son de exclusiva responsabilidad intelectual de la autora.

Andrea Cristina Crespín Ponce

C.I. 0930905591

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su apoyo y confianza durante todos estos años de estudio y por creer en mí.

A todos los pacientes que atendí a lo largo de la carrera, porque sin su predisposición no hubiera podido expandir mis conocimientos y completar mis clínicas.

A mi esposo Marcos Bastidas Macías porque siempre me apoyó y alentó a poder cumplir este sueño a pesar de los muchos obstáculos que se presentaron.

A mi hija Tiffany Bastidas Crespín quien fue mi motor fundamental, mi gran motivación para luchar a diario y conseguir este anhelo.

A mis maestros de quienes he aprendido mucho en esta profesión: por su paciencia, por su constancia, por haberme enseñado a trabajar correctamente.

Y sobre todo a Dios porque sin sus bendiciones nada de lo que tengo pudiera ser, él fue quien me dio la fortaleza y labró la destreza en mis manos día a día.

Andrea Cristina Crespín Ponce

DEDICATORIA

A mi hija Tiffany Sabrina Bastidas Crespín que aunque con ella, las noches de desvelo fueron más largas, sin ella no hubiera tenido la fuerza y la constancia para desarrollarme de la mejor manera en esta carrera y a toda mi familia que gracias a su apoyo económico y emocional logre finalizar mi carrera con mucho esfuerzo y dedicación y siempre por supuesto con la ayuda de Dios.

Andrea Cristina Crespín Ponce

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
Carátula	I
Certificación de Tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Índice de Gráficos	XI
Índice de Tablas	XII
Resumen	XIII
Abstract	XIV
Introducción	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Descripción del Problema	3
1.3 Formulación del Problema	4
1.4 Delimitación del Problema	4
1.5 Preguntas de Investigación	4
1.6 Objetivos de Investigación	5
1.6.1 Objetivo General	5
1.6.2 Objetivo Especifico	5

ÍNDICE GENERAL

Contenido_____Pág.

1.7 Justificación de la Investigación 6

1.8 Valoración crítica de la Investigación 7

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación 8

2.2 Bases Teóricas 17

2.2.1 Definición de la Succión Digital 17

2.2.1.1 Clasificación Etiológica de los Hábitos 17

2.2.1.2 Tipos de Succión Digital 18

2.2.1.3 Succiones de los Diferentes Dedos 18

2.2.2 Teorías sobre el Desarrollo de la Succión Digital 19

2.2.2.1 Teoría Psicoanalítica del Desarrollo Psicosexual 19

2.2.2.2 Teoría del Aprendizaje 20

2.2.2.3 Sucesión de Hábitos 20

2.2.2.4 Hábitos Paralelos 21

2.2.3 Frecuencia y duración de la Succión 22

2.2.3.1 Intervención de las Edades 23

2.2.3.2 Intensidad de la Succión 24

ÍNDICE GENERAL

Contenido_____ Pág.

2.2.3.3 Causas frecuentes que provoca a la Succión Digital 24

2.2.4 Efectos de la Succión Digital 25

2.2.4.1 Efectos Fisicobucales 26

2.2.4.2 Efectos Psicológicos 26

2.2.4.3 Efectos Primarios de la Succión Digital 27

2.2.4.4 Efectos Secundarios de la Succión Digital 27

2.2.4.5 Etiología de mal oclusión por presencia de Hábitos 28

2.2.5 Alteraciones causadas por la Succión 29

2.2.5.1 Alteraciones Óseas 30

2.2.5.2 Alteraciones Musculares 31

2.2.5.3 Otros Tipos de Alteraciones 31

2.2.6 Desarrollo de la Deglución 31

2.2.6.1 Hábitos de la Deglución Infantil o Atípica 32

2.2.6.2 Tipos de Deglución Atípica 33

2.2.6.3 Deglución Atípica con presión del Labio 33

2.2.6.4 Deglución con presión Atípica de la Lengua 34

2.2.6.5 Diagnostico de las Patologías 36

2.2.6.6 Terapéutica de la Deglución Atípica 36

2.2.6.7 Hábitos de Respiración Bucal 37

2.2.6.8 Etiología 39

ÍNDICE GENERAL

Contenido_____ Pág.

2.2.6.9 Características Faciales y Dentarias de la Respiración Bucal 39

2.2.7 Tipos de Tratamientos 40

2.2.7.1 Tratamiento del Hábito de Succión 41

2.2.7.2 Tratamiento no Invasivo 41

2.2.7.3 Tratamiento Psicológico 42

2.2.7.4 Terapia Miofuncional 43

2.2.7.5 Ejercicios Miofuncionales Recomendados 45

2.2.7.6 Tratamiento Invasivo 45

2.2.7.7 Utilización de Dispositivos Ortodonticos 47

2.2.8 Otros Tipos de Succión 48

2.2.8.1 Hábitos de Succión Digital 48

2.2.8.2 Hábitos de Succión de Chupete 49

2.2.8.3 Succión de Otros Objetos 51

2.2.9 Prevalencias del Hábito de Succión de los Estudios Realizados 52

2.2.9.1 Según la Edad 52

2.2.9.2 Según el Sexo 53

2.2.9.3 Según la Frecuencia 53

2.3 Marco Conceptual 54

2.4 Marco Legal 55

2.5 Variables de Investigación 58

ÍNDICE GENERAL

Contenido_____ Pág.

2.5.1 Variables Independientes 58

2.5.2 Variables Dependientes 58

2.6 Operacionalización de las Variables 59

Capítulo III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de Investigación 60

3.2 Tipo de Investigación 61

3.3 Recursos Empleados 62

3.4 Población y Muestra 63

3.5 Fases Metodológicas 64

4 Análisis de Resultados 66

5 Conclusiones 73

6 Recomendaciones 74

Bibliografía 75

Anexos 78

Índice de Gráficos

Contenido	Pág.
Gráfico 1 Niños con Hábito de Succión	67
Gráfico 2 Tabla de Sexos	68
Gráfico 3 Cuadro de Edades	69
Gráfico 4 Efectos de la Succión	70
Gráfico 5 Métodos para corregir el Hábito	72

Índice de Tablas

Contenido	Pág.
Tabla 1 Niños con Hábitos de Succión	67
Tabla 2 Tabla de Sexos	68
Tabla 3 Cuadro de Edades	69
Tabla 4 Efectos de la Succión	70
Tabla 5 Métodos para corregir el Hábito	71

RESUMEN

El hábito de succión digital por lo general comienza desde los primeros trimestres de vida y en un gran porcentaje lo conservan hasta años más tarde, causando verdaderos problemas en el aparato estomatológico, razón por la cual fue motivo de muchas investigaciones donde se demostró que se producen cambios como una mordida abierta, deformación de los dedos, paladares profundos, amplios diastemas entre otros, los cuales analizaremos posteriormente. También se analizó los aparatos ortopédicos utilizados en un tratamiento temprano para desarraigar este mal hábito y evitar efectos mayores, entre estos tendremos algunos diseños de trampas palatinas. Analizamos los resultados de varios estudios con los obtenidos en nuestra clínica de Odontopediatría a través de los exámenes clínicos y encuestas que se realizaron dónde nos dieron resultados estadísticos comprobando que en las niñas de edad entre 4-6 años presentaron en mayor porcentaje este mal hábito, demostrando que por lo general la comunidad no tiene amplios conocimientos de lo que provoca este hábito de succión en las estructuras dentinomaxilares lo que hace que sea muy común en los pacientes infantiles, ni tampoco tienen conocimientos de como corregirlo. Por eso, la importancia de informarles a los padres de los efectos de la succión digital y cuál es su tratamiento adecuado en los casos que se encuentren en la clínica de Odontopediatría. Por lo tanto, el objetivo de este artículo, es presentar los análisis realizados sobre las alteraciones bucales que produce la succión digital tanto en las estructuras dentales y cráneo faciales para determinar un tratamiento adecuado y eficaz a futuro. Se pudo llegar a demostrar la incidencia de las alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en la clínica de Odontopediatria, por lo tanto cumplimos con el objetivo principal de nuestro trabajo y esperamos que la información recopilada como los tipos de succión, efectos de la succión digital, tipos de deglución atípica, tratamiento del hábito de succión, otros tipo de succión, prevalencia de la succión en estudios realizados sirva para incluirse en el pensum de los estudiantes y se comparta con los padres de los pacientes de la clínica de Odontopediatria y de esta manera haber coadyudado a los demás.

PALABRAS CLAVES:
Succión digital, ortopédicos, estomatológico

Abstract

The habit of thumb sucking usually starts from the first quarters of life and a large percentage they keep it until years later, causing real problems in stomatological device, why was the subject of many investigations which showed that occur changes as an open bite, deformation of fingers, deep palate, large diastema between others, which we later. Braces used in early treatment to eradicate this bad habit and avoid further effects, these designs have some palatal traps were also analyzed. Analyze the results of several studies with those obtained in our clinic Dentistry through clinical examinations and surveys conducted statistical results where we got checking in girls aged 4-6 years had a higher percentage this bad habit, generally showing that the community has extensive knowledge of what causes this habit of sucking on the dentinomaxilares structures which makes it very common in pediatric patients, nor do they have knowledge of how to correct it. Therefore, the importance of informing parents of the effects of thumb sucking and what their proper treatment in cases that are in the clinic of Dentistry. Therefore, the aim of this article is to present the analyzes of oral abnormalities that produces digital suction both dental and craniofacial structures to determine an appropriate and effective response to future treatment. It was able to demonstrate the impact of oral disorders related to the habit of sucking in clinical Odontopediatria therefore we fulfill the main objective of our work and we hope that the information collected and the types of suction effects of suction digital, types of atypical swallowing , sucking habit treatment , other kind of suction, suction prevalence studies serve to be included in the curriculum of the students and shared with parents of patients clinic and Pediatric Dentistry Thus have coadyudado others.

KEYWORDS:

Digital, orthopedic stomatology suctio

Introducción

Al referirnos a hábitos bucales podemos decir que son precisamente actos repetitivos que tienen efectos en el individuo que lo práctica. (peterson y col.) “Se lo considera como un comportamiento común y típicamente inocuo en la infancia y la niñez”. El hábito de succión digital es muy común en la infancia, ya que la misma ha sido observada desde el vientre de la madre. Los estudios científicos que se han realizados nos dan como resultado que aparentemente el pico máximo de edad de succión es de 4-5 años, donde el niño aumenta su actividad y siente satisfacción explorando el mundo.

Cuando el niño está cansado, somnoliento, asustado o lo castigan recurre a chuparse el dedo. En los efectos de la succión digital, las principales serán las alteraciones a nivel de las estructuras dentolabiales, especialmente en el sector anterior.

Principalmente podremos observar en los efectos físico-bucales los incisivos superiores en labioversión, incisivos inferiores con inclinación anteroposterior, aumento de sobremordida horizontal, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior entre otras. En los problemas esqueléticos los más frecuentes suelen ser: aumento de prognatismo mandibular, relativo, rotación del plano maxilar hacia abajo posteriormente y hacia arriba anteriormente, y otros que analizaremos en nuestro trabajo.

Es importante diagnosticar el origen del hábito y en base a los daños que causa utilizar un tratamiento no invasivo o en caso más grave un tratamiento invasivo y ortodóntico; sobre todo uno de los objetivo de nuestra investigación es, conocer la información recopilada, compartirla con la comunidad para que se informen de los efectos nocivos que produce el no romper este hábito a tiempo, y en caso de poseerlo, realizar un tratamiento adecuado, que permita al paciente dar un buen resultado, tratando de que sea de la manera menos traumática posible.

Al ver la frecuencia con la que se presentaba este hábito nos motivó hacer esta investigación y demostrar los niveles de incidencias de alteraciones bucales más frecuentes que se producen por el hábito de succión digital, esperando poder aportar a la comunidad odontológica con nuestro trabajo realizado.

Nuestro objetivo principal es determinar el nivel de incidencia de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión digital en la clínica de Odontopediatría.

Este tema es muy importante porque debemos de llevar un registro y estudios de los pacientes que atendemos en las clínicas de la universidad, y porque este tema es muy frecuente y aunque por medio de la ortodoncia se resuelven los problemas q a largo plazo da este mal hábito, sería mucho mejor tener los adecuados conocimientos para ayudar a prevenirlo o guiar al paciente de cómo ayudarlo a resolver a tiempo los efectos del hábito de succión digital.

El planteamiento de nuestro trabajo es saber cuan alta es la incidencia de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión digital principalmente a largo plazo y a corto plazo en el desarrollo de las estructuras dentofaciales de los casos presentados en la clínica de Odontopediatría de la universidad, para reconocer el tipo de tratamiento preventivo y lo menos invasivo posible ya sea ortopédico o psicológico que se debería realizar, dependiendo del tipo de malformación dental provocada por la succión digital y de los factores adicionales.

Los principales temas que trataremos serán: definición de la succión digital, teorías sobre el desarrollo de la succión digital, frecuencia y duración de la succión, efectos de la succión digital, alteraciones causadas por la succión, desarrollo de la deglución, tipos de tratamientos, otros tipos de succión, prevalencias del hábito de succión de los estudios realizados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Saber cuan alta es la incidencia de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión digital principalmente a largo plazo y acorto plazo en el desarrollo de las estructuras dentofaciales de los casos presentados en la clínica de Odontopediatría de la universidad, para reconocer el tipo de tratamiento preventivo y lo menos invasivo posible ya sea ortopédico o psicológico que se debería realizar, dependiendo del tipo de malformación dental provocada por la succión digital y de los factores adicionales, basándonos en los diagnósticos e información que los pacientes y padres nos brinde en la clínica de Odontopediatría.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Durante los años de estudio de mi carrera he podido observar en mis paciente y en los de algunos compañeros cuando realizamos las historias clínicas o en base a un diagnóstico en las clínicas principalmente de Odontopediatría que la mayoría de los niños poseen un hábito, el más común es la succión digital, por lo que en los niños más grande podemos observar paladares profundos, y mordidas abiertas, lo que va deformando su perfil facial, muchas veces los padres lo confunden con la llamada etapa de patito feo, o creen que al mudar todos los dientes automáticamente se corregirá su problema, pero no estamos analizando a que se deben los acentuados rasgos faciales, muchas veces la fisionomía de los padres es igual, pero muchas veces he notado mientras están en la universidad que el niño se chupa el dedo y al padre le parece tan normal e inofensivo, o al realizar la historia clínica vemos q se chupa el labio o se come las uñas entre otras. El ver esa despreocupación y sobre todo la falta de información del padre que el hábito que practica su hijo es la causa principal de su malformación dentaria y ante esta situación, el

desconocimiento de un tratamiento a temprana edad utilizando un método corrector como un rompehábitos y no permitir agravar el problema dentofacial.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuán alta es la incidencia de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión digital a largo plazo en el desarrollo de los maxilares?

1.4. DELIMITACIÓNON DEL PROBLEMA.

Tema: Incidencias de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la clínica de Odontopediatría.

Objeto de estudio: hábitos de succión

Campo de acción: alteraciones bucales

Periodo: 2014 – 2015

1.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las edades de prevalencia de succión digital?

¿Cuáles son los motivos por los cuales frecuentemente los niños recurren a este hábito?

¿De qué factores dependen los efectos de la succión digital?

¿Cuáles son las alteraciones físico bucales más frecuentes en pacientes con succión digital?

¿Cómo reconocer los defectos esqueletales que produce el hábito de succión digital?

¿Qué repercusiones sicológicas puede producir el hábito de la succión digital?

¿Cuándo se debe tratar las alteraciones producidas por este hábito?

¿Cuáles son los tratamientos no invasivos más utilizados?

1.6. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de incidencia de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión digital en la clínica de Odontopediatría.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificarla frecuencia con que los pacientes practican el hábito de succión digital.

Definir la incidencia de hábitos de succión digital según la edad y el género.

Reconocer las alteraciones bucales más frecuentes que presentan los pacientes afectados por el hábito de succión digital.

Determinar el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de un tratamiento precoz para el hábito de succión digital.

1.7 JUSTIFICACIÓNON DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente propuesta se justifica por la importancia de conocer las alteraciones bucales que puede producir el hábito de la succión digital, para poder darles un mejor tratamiento ortodóntico a futuro y a la vez compartirlo con la comunidad para que hagan conciencia en evitarlo.

Valor Teórico: Mediante el presente trabajo espero poder aportar con estadísticas reales de lo que se presenta en nuestras clínicas de la universidad y poder darle información al paciente, brindarle un poco de nuestros conocimiento y asesoría al padre de familia para que se encuentre al tanto del problema y mediante nuestra orientación como alumnos de esta carrera poder contribuir a la mejoría del paciente.

Conveniencia: Esta investigación permitirá al odontólogo obtener un mejor conocimiento de cómo tratar a los pacientes para corregir a tiempo las alteraciones dentofaciales por succión digital. También permitirá adquirir conocimientos de lo nocivo que puede ser el no desarraigar el hábito a tiempo.

Relevancia Social: Esta investigación, principalmente beneficia a los niños porque el objetivo es de tratar de desarraigar o corregir en los niños que poseen este hábito mediante varios tratamientos, para que no resulten afectados de las consecuencias adversas por la falta de conocimiento o de un tratamiento a tiempo.

Implicación Práctica: A mi parecer mediante este trabajo no solo busco hacer conciencia y realzar la importancia de este tema sino también darle una guía para que el profesional al ver en su paciente el hábito aconseje al padre de ver a un especialista y de corregirlo hay en el momento que se ve un mal hábito no esperar que lleguen las mal formaciones para poner al profesional en el dilema de hacer milagros para dejar en el paciente una armonía dento facial con tratamientos más invasivos que no siempre llegan a la perfección.

Utilidad Metodológica: se centra en poder brindarles la información de porque es importante evitar este mal hábito, explicando los tipos de mal formaciones, y las consecuencias adversas que se producirán a nivel facial, brindando varios métodos desde los psicológicos hasta los tratamientos con aparatología para evitar un mal desarrollo facial al conservar el hábito de succión digital.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Delimitado: Describe el problema, la trama, las subdivisiones de los temas principales de una manera concisa basándose en las teorías científicas de varios autores.

Evidente: Tiene ideas precisas y fáciles de entender, con evidencias de los casos encontrados dentro de nuestras clínicas, con las que se llegó a los resultados de este trabajo.

Concreto: Porque está redactado de manera precisa y corta, nos limitamos a tocar solo los subtemas relevantes en relación con nuestra investigación.

Relevante: Es importante principalmente para la población infantil que es la más afectada por este tema, pero involucra a toda la población por que los adultos son los responsables del cuidado de este tema en sus hijos.

Contextual: Servirá como una guía que se puede aplicar a las cátedras sobre la relevancia de este tema y a la vez en la práctica diaria de las clínicas ya que es muy común encontrarnos con pacientes que poseen este problema y no poseen conocimientos sobre el mismo.

Original: Esta investigación tiene un enfoque distinto con resultados reales a los que se plantean en otras investigaciones.

Factible: Que las investigaciones se puedan realizar con la aportación de los pacientes presentados en la clínica, los cuales nos permitan dar resultados reales y establecer un nuevo rango de resultados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El hábito de succión digital es considerado, una disposición permanente adquirida por la repetición frecuente de un acto y envuelve patrones de contracción muscular aprendidos y de naturaleza compleja. Estos hábitos anormales que puedan interferir en el normal crecimiento facial y esquelético deben ser distinguidos de los hábitos normales.

Entre los factores extrínsecos que causan la mal oclusión, los hábitos bucales deletéreos son los más nocivos, pues ejercen una acción perjudicial al sistema estomatognático, provocando alteraciones en el patrón normal de crecimiento óseo, malas posiciones dentarias, desórdenes fisiológicos de la fonación y respiración. No debemos olvidar que el éxito del tratamiento que se realice, será valedero si como resultando obtendremos la oclusión alcanzada al final del tratamiento que se encuentra en equilibrio con la musculatura del paciente.

Entre los hábitos bucales, la deglución atípica también se destaca por su alta frecuencia, estando presente en la mayoría de las malas oclusiones. Ella es consecuencia de la ruptura del equilibrio entre los músculos de los labios, mejillas y lengua y por otra parte, puede conducir a la instalación, agravamiento y recidiva de la mal oclusión.

Y aunque muchos autores exponen sus diferentes teorías explicando el origen de este tipo de hábitos, no hay ninguna que precise con exactitud su origen, pero nos sirven de guía para tener aproximaciones y con nuestros conocimientos, elegir la mejor técnica a utilizar para detener estos hábitos y recurrir al mejor tratamiento para el paciente evaluando previamente el caso.

En la ciudad de cuba se realizo un estudio en el 2007 sobre la eficacia de la terapia floral de Bach en niños de primer grado con succión digital, donde la Doctora Mayra Raquel Martínez Ramos y sus colegas pudieron observar en un grupo de 36 niños es decir el 60% presentaban frecuencia ligera de succión digital, también concluyeron que la prevalencia de estos hábitos se daba en el sexo femenino con mayor superioridad, esto estaba íntimamente relacionado con el grupo de niños de 6 y 7 años donde prevalencia la mal oclusión por el mal habito de succión digital que también poseía la mayoría lengua protráctil. Se concluyo una rápida respuesta de los niños a los remedios florales y eliminación del hábito, corroborando así la eficacia de la aplicación de las esencias florales de Bach.(Dra. Mayra Raquel Martínez Ramos)

En la ciudad de cuba en el 2007 la Dra. Zunay de Jesús Cepero y otros colaboradores sacaron un estudio sobre la intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes donde identificaron que a temprana edad era afectados los niños por estos malos hábitos, principalmente el uso del biberón decían que era el más perjudicial y en sus investigaciones encontraron que afectaba mas en el sexo femenino, como conclusión disminuyeron la presencia de hábitos bucales deformantes en los niños que intervinieron en dicho estudio.(Sánchez)

En cuba en el 2014 un estudio sobre los hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años a cargo del MsC. Daniel Enrique Reyes Romagosa y la Dra. Ivette Torres Pérezen compañía de otros colegas demostraron que los hábitos bucales deformantes predominaban en el sexo femenino el 60,5 % y en la edad de 9 años con el 37,2% y respecto a los tipos de hábitos bucales deformantes la succión digital y la lengua protráctil son las más frecuentes con 37,2 y 20,9 % en ambos sexos.(Daniel Enrique Reyes Romagosa)

En un estudio sobre el tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación por la doctora katyleidis pérez acosta y colegas colaboradores donde el objetivo era 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. En un estudio experimental de 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.

Donde los resultados fueron 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.(Katyleidis Pérez Acosta)

En un estudio sobre la deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito; realizado en el 2010 por la Dra. Ledia Martín Zaldivar y otros colaboradores se llego a la conclusión que la deglución anormal es el habito bucal deformante más frecuente en la población infantil, causa principal de las malas oclusiones, agrava la respiración bucal, produce trastornos articulatorios, malformación de las arcadas dentarias y el paladar, y altera el tono labial y la postura corporal general.(ZALDIVAR)

En una investigación realizada en el 2006 sobre hábito de succión no nutritiva y su relación con la mal oclusión por Bardolet-Fernández, Laura y otros colaboradores se demostró que el habito de chupete en 68% es mayor que el de succión digital con 4,7% también se demostró que la succión del chupete tipo cereza (10.8%) produce ma loclusiones posteriores significativas, a diferencia de la succión del chupete anatómico (66.9%) o succión digital (4.7%) que no las producen.(LAURA)

En una investigación sobre el Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta por el Dr. Romero-Maroto, Martín* Romero-Otero y colaboradores donde decía que no era bueno actuar antes de los 4 o 5 años en el paciente. En el primer caso expuesto, las alteraciones observadas en relación con el hábito se concentraban en la región anterior; la paciente mostraba disposición a cooperar. El tratamiento elegido consistió en el uso de una placa Hawley con reja lingual, para evitar la introducción del pulgar. La paciente fue citada para revisiones mensuales con la intención de reforzar su actitud, y asimismo pactamos con los padres el refuerzo positivo en casa. Los resultados fueron evidentes al sexto mes de seguimiento; el hábito estaba erradicado y solucionada la mordida abierta dentaria. Se mantuvo el seguimiento durante otros seis meses para valorar la erradicación definitiva del hábito y para el control de la recidiva. En el segundo caso clínico presentado, la complejidad del tratamiento era mayor, dado que el hábito coexistía con

alteraciones esqueléticas y con incompetencia labial. Asimismo, no estaba clara la disposición a colaborar por parte del paciente. Se optó por un tratamiento que incluía dispositivos ortodóncicos activos junto al uso de la reja lingual (quad-helix para producir la expansión del maxilar superior, AEO de tiro alto para favorecer la intrusión de los molares y cerrar la mordida), se realizaron por parte del paciente ejercicios de mioterapia para aumentar la tonicidad labial, y del mismo modo que en el caso anterior se utilizó refuerzo positivo, tanto en casa como por parte del profesional.(ROMERO MAROTO)

En un estudio realizado en cuba sobre la Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos por la Dra. Bernardina Maya Hernández[1] dice que de los niños tratados el grupo de 5 años logró eliminar el hábito totalmente evitando así una futura mal oclusión; por lo tanto los resultados obtenidos evidencian la efectividad de la terapia persuasiva para eliminar los hábitos bucales incorrectos.

Teniendo como resultados que La succión del pulgar fue el hábito más frecuente en 8 pacientes (40 %), seguido del chupeteo del tete y uso de biberones en 5 pacientes cada uno (25 % respectivamente); y los niños de 8 años fue el más afectado por los hábitos bucales incorrectos seguido del de 6 y 7 años, el predominio fue en el sexo femenino y Según la edad el 100 % del grupo de 5 años eliminó el hábito seguido del grupo de 6 y 7 años en que el 80 % lo eliminó totalmente y el 20 % .Según el sexo, el femenino fue el más representativo pues 11 pacientes lo eliminaron totalmente a la tercera visita para un 84,7 % y 2 de manera temporal para un 15,3 %. En el sexo masculino 1 paciente mantuvo el hábito después de la visita para un 14,2 %. (HERNANDEZ)

En un estudio en cuba de los hábitos deformantes en escolares de primaria por la Dra Celis María Fernández Torres y Dra. América Acosta Coutin donde en un estudio probabilístico por conglomerado bietápico, la muestra fue de 270 niños extraídos de un universo; se observaron las arcadas dentarias en oclusión céntrica e individualmente para determinar la presencia de hábitos, en caso de los más pequeños se entrevistó a uno de los padres, dando como resultado la deglución infantil (28,89 %), onicofagia (28,52 %), respiración bucal (15,93 %), y succión digital (15,26 %), los de mayores porcentajes, en las diferentes edades es mayor el número de niños con hábitos deformantes, en las edades de 5 a 7 años los hábitos van en aumento y en los de 8 años en adelante en orden descendente. Se aprecia (tabla 4), que en el grupo etáreo de 5-6 años los hábitos de biberón (57,58 %), y succión digital (35,71 %), es más frecuente. Mientras que la succión de tete (45,46 %), respiración bucal (41,86 %), y deglución infantil (41,02 %), es mayor en los grupos de 7-8 años.(DRA CELIS MARIA FERNANDEZ TORRES)

En un trabajo sobre los hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las mal oclusiones por la Dra. Carmen Lugo y la Dra. Irasema Toyo, se intentaba resaltar la importancia de detectar a muy temprana edad los hábitos perniciosos más comunes que presentan nuestros niños, la información brinda ayuda para detectar el hábito y proporcionamos información sobre una variedad de aparatologías fijas o removibles y terapia miofuncional, para corregir la mal oclusión según sea el hábito que presente el paciente. Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de mal oclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente, todo lo que hagamos para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático(DRA. CARMEN LUGO)

En un artículo de argentina publicado el 2009 sobre la relación de disfunciones y hábitos para funcionales orales con trastornos temporo mandibulares en niños y adolescentes por la Dra. Silvina G. Cortese y la Dra. Ana M. Biondi, los resultados fueron el 52% del grupo presentaba compromiso emocional, el 96% presentaba disfunciones o para funciones. En relación a las para funciones detectadas en el 81%, el bruxismo se presentó en el 74% de los pacientes, el hábito de mascar chicle en el 55%, la onicofagia en el 48%, mordisqueo 28%, jugueteo mandibular 22% y succión en 14%. Estadísticamente, mediante las pruebas de χ^2 y exacta de Fisher, se encontraron asociaciones significativas ($p < 0,05$) entre los síntomas (dolor, ruido y limitación de apertura), las disfunciones (masticación, respiración y deglución) y las para funciones.

Se realizó un análisis multifactorial por medio de regresión logística para las variables bajo estudio y en forma independiente para cada uno de los motivos de consulta, encontrándose por la prueba de Wald que la disfunción masticatoria está significativamente asociada con el ruido articular ($p= 0,023$) y que otras variables están cerca de la significación: bruxismo ($p= 0,069$), mordisqueo ($p= 0,079$), succión ($p= 0,081$) y mascar chicle ($p= 0,094$). También se halló que la disfunción masticatoria está significativamente asociada con el bruxismo como motivo de consulta ($p= 0,018$) y las otras disfunciones están cerca de la significación: deglución ($p= 0,062$) y respiración ($p= 0,069$).(BIONDI)

En el 2011 un estudio sobre la prevalencia de mal oclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol por A. Pipa Vallejo, P. Cuerpo García de los Reyes y colaboradores dicen que los hábitos orales anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, en edades entre 2-4 años el chupete está ampliamente

extendido, mientras que en los niños mayores de 4 años lo es la respiración oral. La detección precoz de las manifestaciones orales de estos hábitos es básica para garantizar un buen pronóstico. La prevalencia general de mal oclusión es del 37,37%. Se demuestra la relación directa entre los HSNN y la mal oclusión.(REYES P. V.)

En cuba en el 2011 un estudio sobre el comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa por la MsC. Manuela Ricardo Reyes realizó una intervención educativa denominada «Una boca sana», con vista a modificar conocimientos y comportamientos en 48 niños y niñas de segundo grado de escolaridad con hábitos de succión digital analizando conocimiento general sobre ese hábito (adecuado e inadecuado), así como eliminación o mantenimiento de tan nociva práctica, dio como resultado que este era inadecuado en 41 de los 48 escolares antes de la intervención educativa (85,42 %); pero después de efectuada, 43 de ellos (89,58 %) adquirieron la información adecuada al respecto, a los cuales se sumaron los 7 (14,58 %) que ya la poseían preliminarmente y mantuvieron esa condición.

Por otra parte, se concluyo después de la actividad desarrollada, 32 estudiantes del total abandonaron el mal hábito (66,67 %); pero se impone señalar que en los 16 que lo mantuvieron (33,33 %), la práctica deformante disminuyó en frecuencia y duración en horas de la noche.(REYES)

En el 2011 en Perú se realizo un estudio sobre los hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila por el Dr. Héctor R. Martínez Menchaca M.C.D. y Gabriela Garza Covarrubias y otros colaboradores donde decían que la capacidad de succionar es un comportamiento natural en recién nacidos, succionan dedos, chupones y otros objetos, cuando no se detiene por sí solo después de los 3 años, es recomendable la

evaluación por el especialista para evitar en lo posible el desarrollo de mala oclusión que suele presentarse con una frecuencia del 84% de los casos; además esto es importante para la orientación en la erupción y desarrollo de la dentición primaria, mixta y permanente, de esta manera se contribuye al desarrollo de una dentición permanente estable, funcional y estética.(MENCHACA)

En cuba en el 2010 un estudio sobre los principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre" por MsC. Yalili de la Caridad Riesgo Cosme y sus colegas colaboradores realizaron una investigación descriptiva y transversal de 98 niños de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, se aplicó una encuesta que permitió recoger la información contenida en la historia clínica individual de los niños y en la entrevista a los padres. Se empleó el porcentaje como medida de resumen. Dando como resultado que de los 98 educandos estudiados, 53 eran varones (54,0%), prevalecieron los de 6 años (92,8 %) y la lengua protráctil, seguida de la succión digital (65,0 y 18,3%, respectivamente) predominaron como hábitos bucales deformantes. Se evidenció supremacía de la mordida abierta anterior (35,0 %) y con menor porcentaje, del vestíbulo versión (26,6%). Al relacionar la deformidad dentofacial y el sexo se encontró un franco predominio de la mordida abierta anterior (25,5 %), seguida del vestíbulo versión (20,4%). Las hembras resultaron más afectadas en este sentido. Los principales factores de riesgo encontrados, según sexo, advierten que todos los niños ingerían una dieta cariogénica, 77,5% tenían placa dento bacteriana y 33,6% presentaban deformidad dentofacial.(Cosme)

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. DEFINICIÓN DE LA SUCCIÓN DIGITAL

El hábito de succión es considerado como un comportamiento común y típicamente en la infancia y la niñez. La succión digital ha sido observada desde el útero de la madre y es considerada como una etapa normal del desarrollo fetal y neonatal; las ecografías nos muestran al niño succionando el dedo ya sea de las manos o los pies.(peterson y col.)El niño desde que nace por instinto busca poner en práctica la succión como medio de alimentación, pero cuando sobrepasa la edad normal y la succión no es nutritiva, tendremos creado un mal hábito.

2.2.1.1 Clasificaciones Etiológica de los Hábitos

- **Instintivos:** Hábito de succión, el cual al principio es funcional, pero que puede tornarse perjudicial por la persistencia con el tiempo.
- **Hereditarios:** Malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.
- **Placenteros:** Succión digital o del chupón lo hace para sentir relajación por alguna tención del medio presente.
- **Defensivos:** En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- **Adquiridos:** La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.
- **Imitativos:** Gestos, muecas, etc. Sentir que por que otros niños lo hacen es normal, y adoptarlo a su rutina pensando que todos deben hacerlo. (María Fernanda González, 2012)

2.2.1.2 Tipos de Succión Digital

- **La succión nutritiva** es la que utilizan para alimentarse. Básicamente esta se realiza en los primeros meses de vida del bebé donde su único medio de alimentación es la leche materna en la que la madre, es la que se lo proporciona y el bebé lo adquiere mediante la succión. Esta es únicamente con el objetivo de nutrir al bebé por medio de este canal, pero debemos de tener en cuenta que de aquí parten ambos hábitos de succión en estas primeras etapas de vida en un gran porcentaje de casos.

- **La succión no nutritiva**, por su parte, es superficial y rápida, y no es raro oír decir que el bebé "está usando a la madre de chupete" cuando realiza este tipo de succión**.**

  Al referirnos a succión no nutritiva diremos que es cualquier tipo de succión que como objetivo no es alimentar básicamente. Es entretener, apacentar o engañar con la sensación al bebé, por ejemplo el uso del chupón, o la succión del dedo.(TURGEON-O´BRIEN Y COLS.)

2.2.1.3 Succiones de los Diferentes Dedos

- **Succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.
- **Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- **Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

- **Succión del dedo medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retro inclinación de los incisivos anteriores inferiores.
- **Succión de varios dedos:** Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (habitos bucales, 2010)

2.2.2. TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA SUCCIÓN DIGITAL

2.2.2.1 Teoría Psicoanalítica del Desarrollo Psicosexual (Freud)

En la psicología freudiana, el desarrollo psicosexual es un elemento central de la teoría psicoanalítica de las pulsiones sexuales que mantiene que el ser humano, desde que nace, posee una libido instintiva (energía sexual) que se desarrolla en cinco etapas. En esta teoría, desarrollada hacia finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, Freud propone un concepto ampliado de la sexualidad humana, idea revolucionaria en su época, que presenta la existencia de una sexualidad infantil, cuyo desarrollo está organizado en fases. Cada una de estas fases está caracterizada por una zona erógena que es la fuente de la pulsión libidinal durante esa etapa. Estas fases son (en orden de su aparición): oral, anal, fálica, de latencia y genital. Freud creía que si durante cualquiera de estas fases el niño experimentaba frustración sexual en relación a cualquier estado de desarrollo psicosexual, él/ella podía experimentar ansiedad que podría persistir en la edad adulta como una neurosis, un trastorno mental funcional.(GREENLEAF Y COL.)

Teoría Psicoanalítica del Desarrollo Psicosexual

El estadio oral o narcisista, dura desde el nacimiento hasta el año de edad y se enfoca en las necesidades de satisfacción de la boca y el tracto digestivo, incluso la lengua y los labios. En él se encuadra la succión digital, que es una forma de satisfacer un área sensitiva del cuerpo. La

teoría psicoanalítica ve la continuación del hábito más allá de los tres años como una manifestación de un disturbio psicológico y por lo tanto, un mecanismo para el manejo del estrés. Según la teoría es normal, es algo propio y natural del ser humano explorar bucalmente en sus primeros años de vida, pero luego de los tres primeros años quedar en esta etapa es un mecanismo de evasión y defensa a lo que se debe interrumpir de manera adecuada para no causar un trastorno posterior.

Según esta teoría, eliminar el hábito abruptamente puede ser perjudicial para el desarrollo. Un estudio sugiere que si se intenta quitar el hábito antes de los dos años de edad, se puede crear síntomas neuróticos y problemas de personalidad" (Davidson y col., 2008)

2.2.2.2 Teoría del Aprendizaje

"Según Davidson y Cols esta teoría sugiere que la succión digital no nutritiva, es un patrón aprendido de comportamiento y que, en ciertas circunstancias, se convierte en adaptado. Dan por sentado que no existe ninguna causa psicológica para el hábito prolongado y que si se elimina el hábito, no aparecerá otro sustituto" (Davidson y col., 2008)

En esta teoría se afirma que el hábito es adoptado en forma de aprendizaje, se ve en un niño normal y él lo imita para sentirse aceptado y dentro del grupo compartiendo cosas en común, ya que a esa edad no tiene la capacidad de creer que puede traerle consecuencias adversas, algo que le parece natural y común.Se define que si se quita el hábito, no se presentará ningún otro hábito ni problemas psicológicos posteriores como se menciona con la teoría sicoanalítica.

2.2.2.3 Sucesión de Hábitos

Algunos autores sugieren que, si se elimina abruptamente el hábito, el niño desarrollará un sustituto de ese hábito. Los niños van reemplazando unos hábitos por otros, a través del tiempo. Hacia los 4 o 5 años su mundo cambia, desde un ambiente protegido a otro demandante y más

sociable. El niño tiene que obedecer reglas y regulaciones y eso genera tensiones y frustraciones. (Massler, 1983)

Por esta razón se produce el cambio desde un acto placentero, succionarse el dedo, hasta un acto molesto de succión y de morderse las uñas. Éste puede ser el hábito de succionar un caramelo, la lengua, los labios o los carrillos en niños y el hábito de fumar cigarrillos o puros en el adulto.

Nos propone la teoría de que si se quita un hábito de manera abruptamente por tensión, el niño inmediatamente creará otro que quizás ya no le produzca la misma relajación que chuparse el dedo, pero al sustituirlo por una nueva manía se sentirá emocionalmente aliviado y sus niveles de ansias controlado, debido a que para el niño puede ser esa etapa de cambios muy perturbadora y estresantes al tratar de sentirse adaptado y encajado dentro de su nueva sociedad y reglas.

El bruxismo de lapiceros o lápices, también pueden ser una transferencia dé hábitos. Estos hábitos constituyen una manera de liberar tensiones en el niño y el adolescente.

Se dice que los pacientes bruxista suelen estar estresados y aunque de forma inconsciente crean el bruxismo, tanto en niños y adolecentes y adultos de diferentes formas y niveles varias cosas pueden estresarnos, y de manera inconsciente el cuerpo intenta calmar las ansias a su mente a través de hábitos como comida excesiva arrancarse el pelo, morder las cosas etc.

Otros hábitos sustitutos en el adulto y que sirven para liberar tensiones, pero son destructivos, son la ingesta excesiva de alcohol, el comer compulsivamente o el uso habitual de tranquilizantes

2.2.2.4 Hábitos Paralelos

Algunos autores han sugerido que los individuos que informan la ocurrencia de un hábito, generalmente tienden a informar más de uno, por ejemplo el hábito de succión y simultáneamente jalarse el cabello, ambos disminuyeron cuando se implementó el tratamiento sólo para la succión

digital. Esto también se ha demostrado en niños que succionaban el dedo y además manipulaban otros objetos como frazadas, muñecos, etc.(Woods y cols.)

A lo largo de los estudios y de las diferentes teorías que se han expuesto se ha encontrado que los pacientes que poseen un hábito también poseen otros hábitos, y al realizarse la terapia para eliminar un hábito han sido eliminados otros que poseía también, y es que la clave está en que al combatir la causa que produce el habito automáticamente sin causa no habrán hábitos, porque el paciente estará relajado y su subconsciente habrá entendido que no era necesario ningún hábito para sentir la tranquilidad.

2.2.3 FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LA SUCCIÓN

Ambas representan un papel crítico e importante en el movimiento dentario causado por el hábito de chuparse el dedo afirman “La frecuencia puede ser intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos). Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que solo en la noche o para dormirse. “El número diario de succión: es necesario tener en cuenta que la duración de 4 a 6 horas al día, origina movimientos dentales importantes.(Rogelio Casasa y Esequiel Rodríguez) Observamos claramente las diversas malformaciones dentales y esqueléticas que causan estos hábitos, las cuales deberían ser tratadas conjuntamente con el ortodoncista, odontopediatra y psicólogos.

Si este hábito se elimina antes de los 3 años de edad, los efectos producidos son mínimos y se arreglan espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

2.2.3.1 Intervención de las Edades

Muchos niños se chupan el dedo desde siempre. El dedo encuentra su camino hacia la boca en los primeros meses y ahí se queda. Esto no significa que el bebé se sienta inseguro o ansioso, sino, más bien, que el hábito satisface su necesidad de succionar. En algunos niños esta necesidad es muy intensa .Hay un 50% de probabilidades de que un chupa dedos nato deje el hábito por sí mismo antes de los 5 años. Entre aquellos que continúan, la mayoría lo deja antes de los 8 años. A pesar de lo mucho que los padre; se preocupan porque su hijo se chupe el dedo existen sólo dos razones válidas para cambiar el hábito. Una es social y la otra dental.

La succión digital tiene ahora la satisfacción sustitutoria. Entre el tercer y sexto año de vida el niño va madurando gracias a otras actividades, este hábito negativo que ahora puede ser abandonado puede perdurar todavía durante algún tiempo hasta hacerlo autónomo; este grupo de pacientes son capaces de abandonar fácilmente el hábito.

Los niños de hoy en día se ven obligados a relacionarse con muchas más personas y más a menudo de lo que ocurría antes, ya que van a parvularios o a guarderías a edades más tempranas. Si los padres, profesores o amigos consideran que chuparse el dedo es inaceptable o que interfiere con la relación del niño con los demás o con sus actividades escolares podría ser apropiado ayudarle a cambiar el hábito. Además, la acción de chuparse el dedo podría afectar a la alineación de sus dientes cuando éstos comienzan a salir, expresan:(Rogelio Casasa y Esequiel Rodríguez)

Infantil (hasta 2 años), en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en líneas generales no tiene efectos dañinos.

Pre-escolar (2 a 5 años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición; si es continuo o intenso puede producir mal posiciones en los dientes primarios; si el hábito cesa antes de los 6 años

de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad y un adecuado y temprano tratamiento dental.

Escolar (6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir, mal posiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas", en este rango de edad si no ha dejado el hábito es porque seguramente hay algo que perturba al niño ya sea inconscientemente o simplemente para lidiar con las ansias de alguna cosa que aún no ha solucionado.

2.2.3.2 Intensidad de la Succión

Poca intensa: cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente de los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino la punta del dedo. También se refiere cuando el hábito es esporádicamente es decir, pocas veces en el día.

Intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable. No sólo se habla de que pase casi todo el tiempo del día con el dedo en la boca sino de que cuando produce la succión, lo haga con tal fuerza e intensidad que al apretar, contrae todos los músculos involucrados en la succión produciendo un estrés mandibular que dará más ansiedad y será como una cadena repetitiva del mal hábito.(Rogelio Casasa y Esequiel Rodríguez)

2.2.3.3 Causas Frecuentes que Provoca a la Succión Digital

Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas por ciertos trastornos emocionales que el paciente presenta, asociados con inseguridad o deseo de llamar la atención. Suelen tenerse en cuenta como reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

Cuando el niño se siente triste o se encuentra solo, está cansado e irritado y la manera más sencilla para relajarse y distraerse a su percepción es chuparse el dedo. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.

Jeremy Rifkin, expresa que “Freud quería hacernos creer que el niño se chupa el dedo porque la boca es una zona erógena y chupar le proporciona placer erótico. También propone que chupar el pulgar es una técnica para afrontar una relación de objeto insatisfactoria”

2.2.4. EFECTOS DE LA SUCCIÓN DIGITAL

En la mayoría de los casos, la succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales, especialmente en el sector anterior. Si la succión digital se interrumpe alrededor de los 6 años de edad o con la erupción de los incisivos, cualquier alteración de las estructuras dentofaciales podrá ser reversible; pero si ésta continúa, las alteraciones suelen ser irreversibles y sólo podrán ser corregidas con tratamiento ortodóntico

Los efectos de la succión digital en las estructuras bucales dependerán de la dirección y la naturaleza de la fuerza y además tendrán una función importante: el desarrollo osteogénico y las condiciones genéticas (TURGEON-O´BRIEN Y COLS.)

Debemos considerar que esta etapa primaria del niño es muy importante no solo en su desarrollo emocional sino también en su desarrollo esquelético, pues su cuerpo está en cambios y expansión, lo cual interfiere e influye mucho en las estructuras dentales, al permanecer este hábito de succión constante ,la posición, la fuerza y la constancia con los años dejan secuelas que a tiempo y con un buen diagnóstico se logran arreglar, pero si no se dio la debida atención temprana cuando llegue al punto de ser irreversible los daños serán grande y quizás estéticamente imposibles de solucionar.

2.2.4.1. Efectos Fisicobucales

- Incisivos superiores en labioversión
- Incisivos inferiores con inclinación anteroposterior alterada: la mayor parte de niños que se succionan el dedo pulgar.
- Incisivos inferiores en labioversión y no en linguoversión, como se podría esperar. Las razones para estas diferencias están en el grosor y la tensión del labio inferior, la pérdida temprana de molares primarios y el ángulo entre los dientes y el pulgar al momento de la succión digital.

La interferencia con la erupción normal de los incisivos y exceso de erupción de los dientes posteriores. Existen estudios muy interesantes en animales (macaca mulata) que han demostrado que, cuando se separa al mono de su madre, éste comienza a succionarse el dedo, produciendo mordida abierta, y cuando luego se elimina la succión digital, la mordida tiende a cerrarse nuevamente (Fukuta y cols, Moore y cols., & Josell)

Mordidas cruzadas posteriores: el tiempo de succión y la intensidad del hábito de succión tienen una influencia negativa al disminuir el ancho transversal del arco. Parecería que la succión del chupón tiende a ser más aceptable que la succión digital en la dimensión transversal, principalmente en el área canina

Otros efectos bucales adversos: son la presencia de paladar ojival y profundo, traumatismo en las mucosas, posible aumento en la prevalencia de traumatismos (por incisivos superiores en labioversión), reabsorción radicular atípica al estar las piezas en mala posición, también dificultad para una adecuada y buena higiene dental.(Farsiy y col)

2.2.4.2. Efectos Psicológicos

Un efecto nocivo es la actitud de los padres con los niños que se succionan el dedo. Los padres que ridiculizan y castigan a los niños que se succionan los dedos pueden desencadenar efectos psicológicos

negativos castigan a los niños que se succionan los dedos pueden generar efectos psicológicos negativos.

Además, otro efecto negativo es la baja aceptación social del niño que se chupa el dedo. Cualquier mal hábito crónico después de los 4 años puede llevar a complicaciones en la salud, relaciones sociales y relación con compañeros, padres y hermanos. Otros estudios presentan que los niños con hábitos bucales persistentes cuando son pequeños, tendrán la tendencia más adelante a ser emocionalmente inestables, con mayor dificultad para ser influenciados por los padres y tener control sobre ellos.(Greenleaf y col.)

Hay que tener en cuenta que a la larga todo hace daño, y si partimos en que la presencia de este o cualquier mal hábito, con el paso de los años, y otros factores como intensidad y fuerza producirá efectos dentofaciales deformantes, al presentarse estos, consecutivamente habrán las burlas de los compañeritos que produce daños en su autoestima.

2.2.4.3. Efectos Primarios de la Succión Digital

- Mordida abierta anterior normalmente con contorno circular
- Mordida cruzada posterior
- Mal oclusión clase II
- Discrepancia de oberjet y overbite
- Problemas de ATM
- Diastemas
- Posición retrusiva de la mandíbula
- Recambio de posición de la lengua y postura labial.

2.2.4.4. Efectos Secundarios de la Succión Digital

- Tics musculares
- Retardo de crecimiento
- Peso deficiente
- Funciones somáticas trastornadas

- Trastornos de sueno
- Anorexia
- Inquietud
- Llanto excesivo
- Falta de concentración
- Conducta antisocial.

2.2.4.5. Etiología de Mal Oclusión por Presencia de Hábito.

Nos centraremos en hablar sobre las mal oclusiones que son de origen multifactorial, en la mayoría de los casos, no hay una sola causa etiológica, sino que hay muchas circulantes e interactuando entre sí, y sobreponiéndose unas sobre otras. Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética ósea por herencia, y los factores exógenos o ambientales, que engloban dentro de esto, todos los elementos capaces de condicionar una maloclusion durante el desarrollo craneofacial. Es importante que el profesional a cargo, estudie estos fenómenos multifactoriales, de manera de poder neutralizarlos, logrando así el éxito del tratamiento y evitando posteriores recidivas.

La mal oclusión clase II, está relacionado con factores extrínsecos por ejemplo: hábitos como la succión digital o de chupón, con succión o no de este el cual es un freno patológico para el desarrollo de la arcada mandibular y un estímulo para el prognatismo maxilar.

La mal oclusión se desencadenan por la presencia de hábitos como lo es la succión digital; dado que el núcleo no permanece invariable a lo largo del desarrollo del individuo y por lo tanto, su patrón morfo genético de desarrollo no solo está marcado por la herencia, sino que existen factores ambientales que pueden modificarlo. Esto ocurre invariablemente con la presencia de algunos hábitos que probablemente serán factores causales principales del desarrollo de determinadas mal oclusiones donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario puedan estar influidos, si bien

su desviación se producirá ante la persistencia de estos hábitos, pudiendo estar, esta desviación potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo.

Son varios los factores que pueden intervenir en la génesis de la mal oclusión. La persistencia de los mismos a lo largo del crecimiento del niño, generalmente desemboca en un peor pronóstico de la mal oclusión en edades tardías. En el desarrollo de una mal oclusión, el factor genético juega un papel importante en el crecimiento cráneo facial y en el patrón de la oclusión básica; sin embargo los factores ambientales y locales constituyen una gran fuente de patología en la génesis de mal oclusiones del paciente en desarrollo. Muchas de estas consecuencias pueden evitarse o minimizarse actuando preventivamente en edades tempranas.

Es muy seguro que si los padres tienen por patrón físico facial una clase II o un amplio oberjet, más aún cuando se repite el patrón o similitudes en ambos padres, es mucho más del 50% que los hijos nazcan con el mismo patrón fácil, porque los rasgos y formas esqueléticas, también se heredan. Pero un tratamiento o las indicaciones preventivas adecuadas pueden manejar las alteraciones sin mayor inconveniente, pero si no es el caso, sino que ha esto le sumamos factores aditivos como malos hábitos o posturas o tips que pueden llevar al agravamiento de las deformaciones dentobucales preestablecidas por herencia desencadenando en un cuadro mucho más crónico para lo que el tratamiento seguramente será invasivo o agresivo.

2.2.5. ALTERACIONES CAUSADAS POR LA SUCCIÓN

“Chuparse el dedo puede ocasionar deformaciones en las encías, dientes y paladar. Toda la dentadura del niño se verá afectada. El movimiento del chupeteo del dedo va empujando el paladar hacia arriba y éste va deformando el arco del paladar. La succión continuada y el movimiento del dedo produce a su vez el desplazamiento de los incisivos hacia delante afectando al cierre bucal, que deja una abertura entre las dos

arcadas dentales por donde se puede salir la lengua, esto es, en términos odontológicos la “mordida abierta”.

La succión del pulgar y los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por la acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intra-oral creando una presión negativa.

Producto de esto, podemos encontrar paladares muy profundos o dientes sobresalidos, todo es una cadena si mueves la encía, los labios a una posición inadecuada, la constancia hará mover a los dientes y esto con el tiempo producirá lo mismo a los huesos y dar como resultado deformaciones dentoesqueletales más difíciles de corregir.

2.2.5.1. Alteraciones Óseas

- Paladar estrecho (ojival).
- Prognatismo superior (Maxilar superior hacia adelante: el dedo empuja en dicha dirección el hueso superior).
- Los incisivos superiores son empujados por el dedo por detrás, presionándolos para adelante y para arriba.
- Los incisivos inferiores son presionados por el dedo para el frente, haciendo fuerzas para atrás y para abajo.
- Con el dedo en el paladar, la lengua es colocada baja en el piso de la boca y se aparta lateralmente de los dientes, esto favorece al movimiento de los dientes hacia el interior de la boca intensificando por la fuerza muscular de los carrillos.

Con estas fuerzas en desequilibrio, podrá ocurrir una mal oclusión con:

- Mordida abierta anterior.
- Dientes anteriores superiores para el frente.
- Mordida cruzada uni o bilateral (por el paladar estrecho).

2.2.5.2. Alteraciones Musculares

- Hipotonía labial (sobre todo del labio inferior)
- Labio inferior hiperactivo, con contracción anormal durante la succión y la deglución. Es decir al tragar observaremos que el labio inferior realiza un sobre esfuerzo.
- Perfil de tejidos blandos más convexo.

2.2.5.3. Otros Tipos de Alteraciones

- Problemas del 23
- Deformación de los dedos (callosidades) y paroniquia
- Eccema o infecciones por hongos en los dedos
- Mayor riesgo de alteraciones gastrointestinales, de infecciones y envenenamiento
- Problemas estéticos
- Boca abierta normalmente
- Interposición lingual en reposo
- Labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores Interferencia normal de la erupción

2.2.6 DESARROLLO DE LA DEGLUCIÓN

La deglución es una función biológica y coordinada, compuesta por una conexión neurológica y un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares, regidas por arcos reflejos.

Se caracteriza por:
En el instante de la deglución, los dientes superiores e inferiores están apretados y en contacto intercuspideo.

La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura, por el V par.

No hay ninguna actividad contráctil a nivel de los músculos periorales, la deglución no se exterioriza en la expresión facial.

La lengua en el segundo de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios, su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.(María Fernanda González, 2012)

La deglución normal se divide normalmente en 3 fases:

Fase bucal: consciente y voluntaria.

Fase faríngea: consciente e involuntaria.

Fase esofágica: inconsciente e involuntaria.

2.2.6.1 Hábito de Deglución Infantil o Atípica

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce cuando el patrón de deglución infantil se mantiene luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede asegurar también, que la deglución infantil se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior. Si esta no existiera, la lengua no obstruiría ese hueco para lograr el correcto sellado durante de la deglución.

Se dice que las principales causas que lo originan o con las que se interrelacionan son:

- La alimentación artificial por medio del biberón.
- Amígdalas inflamadas.
- Desequilibrio del control nervioso.
- Macroglosia.
- Anquiloglosia.
- Pérdida temprana de los dientes anteriores y presencia de un diastema interincisal grande.
- Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc.

Fabricio Montagna, menciona que existen dos etapas de deglución atípica:

Deglución infantil (primaria) se desarrolla, durante la lactancia, mediante la interposición de la lengua entre las almohadillas gingivales, la punta está en contacto con la mucosa del labio inferior y los labios se cierran alrededor del pezón de manera que la cavidad oral se convierte en una bomba al vacío, en el que la lengua se ejecuta como un pistón que sube y baja para poder realizar la succión.

Deglución adulta (secundaria) se origina con la erupción de los dientes temporarios, en periodos de tiempos variables de algunos meses a un año, en el que el niño adquiere mecanismos de deglución de transición, por lo general, permanece la deglución infantil hasta principios de la dentadura permanente.

2.2.6.2 Tipos de Deglución Atípica

Con presión atípica del labio.

Con presión atípica de lengua.

2.2.6.3. Deglución Atípica con Presión Atípica del Labio (Interposición Labial)

Estos se dan en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. El labio superior se torna cada vez más hipotónico y adquiere una apariencia de labio

corto. El labio inferior se torna cada vez más hipertónico así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida.

Tratamiento

Para corregir esto, se usará una placa labio activa o Lip Bumper. Cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior será puesto en el arco superior.

Cuando ya se ha instalado la clase II división 1, con proyección de la maxila, crecimiento horizontal y sobremordida profunda, donde el origen es un habito de deglución atípica con interposición del labio inferior, se debe usar al mismo tiempo un Lip Bumper, placa de levantamiento de la mordía anterior y aparato extrabucal. Para corregir la hipotonía del labio superior se aconseja que el paciente haga algunos ejercicios, el aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular.

2.2.6.4. Deglución con Presión Atípica de la Lengua.

En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se ubica entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. La contracción de los labios y comisuras origina un estrechamiento del arco de los caninos y del músculo mentoniano.

La deglución con presión atípica de la lengua se clasifica en:

Tipo I: no causa deformación.

Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.

- Las deformaciones son:
- mordida abierta anterior,

- mordida abierta y vestíbulo versión,
- mordida abierta anterior,
- vestíbulo versión
- mordía cruzada posterior.

Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II

(Deglución atípica con interposición dental anterior): una placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de Tucat, que no permitirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. Los aparatos mencionados actúan solamente como impedidores porque no corrigen el hábito. Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, este aparato puede poseer un tornillo expansor mediano o Resorte de Coffin, con el objetivo de descruzar la mordida posterior. También se puede descruzar por medio de un Quadhelix o Bihelix.

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se presenta en la región lateral del arco, a la altura de los premolares. Las deformaciones que ocasionan son:

- mordida abierta lateral,
- mordida abierta lateral
- mordida cruzada.

Tratamiento: el aparato que se recomienda utilizar es el mismo de antes solo que la rejilla impedidora se posicionara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta a través del re educador.

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: Las mal oclusiones que se dan son:

- mordida abierta anterior y lateral,
- mordida abierta anterior y lateral con vestíbulo versión,

- mordida abierta anterior y lateral con vestíbulo versión
- mordida cruzada posterior.

2.2.6.5. Diagnóstico

Debe observarse ciertos aspectos en el paciente en el acto de la deglución tales como:

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimientos de la cabeza.
- Soplo en lugar de succión.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Babeo nocturno.
- Dificultad de ingerir alimentos sólidos.
- Alteraciones en la fonación.
- Acumular saliva al hablar.

2.2.6.6. Terapéutica de la Deglución Atípica

- **Métodos funcionales**: realizados habitualmente por el fonoaudiólogo.
- **Métodos psicológicos**: aplicados por psicólogos por medio de acondicionamientos e hipnosis.
- **Métodos mecánicos:** ejecutado por el ortodoncista mediante aparatos que buscan impedir u orientar la posición de la lengua durante la deglución.
- **Métodos mixtos:** son los más indicados, porque incorporan los aparatos con ejercicios mioterapéuticos específicos.

2.2.6.7. Hábito de Respiración Bucal

Se considera la respiración normal como aquella donde el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, provocando un estimulo positivo para su desarrollo.

Durante la respiración bucal lo que se ocasiona es que durante la inspiración y expiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como efecto, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no circula por la cavidad nasal, deja de entrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico (aspecto de cara larga)

Fabrizio Montagna, expresó sobre las Mal oclusiones y disformismos faciales asociados con la respiración oral:

Labios

Incompetencia labial

Labio superior corto

Labios partidos

Musculatura orofacial

Hipotonía de los músculos faciales

Postura lingual baja

Deglución atípica

Nariz y senos paranasales

Hipertrofia adentonsilar

Hipodesarrollo de las cavidades nasales y para nasales

Nariz de base amplia y pequeña

Fosas dirigidas hacia arriba

Maxilar superior

Hipoplasia sagital y transversal

Paladar ojival

Paladar blando vertical

Rotación de plano biespinal

Maxilar inferior

Aumento de la altura facial inferior

Crecimiento en posterorrotación

Distoposición o anteposición (clase II o III esquelética)

Dentadura

Protrusión de lo incisivos superiores

Retro inclinación de los incisivos mandibulares

Apiñamiento dento alveolar

Mordida cruzada mono o bilateral

Mordida abierta anterior

Postura

Extensión de la cabeza

Inversión de la lordosis cervical Descenso del hueso hioides”

2.2.6.8. Etiología

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse en 2 tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: Esta es cuando existe la presencia de un obstáculo que no permite el flujo normal de aire a través de fosas nasales. Por ejemplo, la presencia de adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.

Hábitos bucales: Aquí se presentaran entre los más frecuentes deglución atípica, interposición lingual, succión del pulgar entre otros.

2.2.6.9. Características Faciales y Dentarias de la Respiración Bucal

Tenemos el Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y con narinas estrechas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras.

Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.

Paladar alto u ojival

Retrognatismo del maxilar inferior.

Labio superior corto e hipotónico

Labio inferior hipertónico

Músculo de la borla del mentón hipertónico

Labios agrietados y resecos.

Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.

Paladar profundo y estrecho.

Arcada superior en forma triangular.

Retrognatismo mandibular.

Vestíbulo versión de incisivos superiores.

Linguo versión de incisivos inferiores.

Linguo versión de dientes posterosuperiores.

Apiñamiento

Encías hipertróficas y sangrantes.

2.2.7. TIPOS DE TRATAMIENTO

Se recomienda en estos casos referir al paciente con un otorrinolaringólogo, una vez eliminado el factor causal de la respiración bucal, será necesario rehabilitar la musculatura a través de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos periorales, para alcanzar el cierre de los labios.

Los ejercicios de fortalecimiento muscular deben realizarse con una placa vestibular o un trainer, los cuales van a intervenir la penetración del aire por la boca.

2.2.7.1 Tratamientos del Hábito de Succión

Según el esquema que se emplea en la Universidad de Washington, Estados Unidos, las indicaciones para el tratamiento de la succión digital.

Un factor imprescindible en el tratamiento es que el niño y los padres estén de acuerdo con iniciarlo y tener la voluntad para eliminar el hábito y ser constantes durante el tratamiento.

El protocolo para el tratamiento de la succión digital debe seguir la siguiente secuencia:

Determinar la frecuencia e intensidad: se denomina el hábito como crónico cuando se produce en dos lugares (casa, escuela o guardería) y durante el día y la noche. Es importante determinar la frecuencia e intensidad del hábito de succión digital

Ignorarlo: un gran porcentaje de los niños mantienen la succión digital como una manera de enfrentarse a los padres que insisten en que deje de succionarse el o los dedos con estrategias no invasivas y, si el niño no responde, iniciar el uso de técnicas invasivas como el aparato rompehábitos es lo ma recomendable.(Woods y cols.)

2.2.7.2 Tratamientos no Invasivos

Cuando nos referimos a no invasivo es decir optamos por hablarles a los padres y a los niños: cuando los padres están cerca de los niños y les repiten que paren de succionarse el dedo cada vez que los ven realizarlo, éstos disminuyen la frecuencia de succión digital

También se los puede felicitar cada vez que no se chupen el dedo y esto parece ser eficaz. Si se brinda la adecuada información a los padres acerca de los efectos de la succión digital prolongada y los riesgos de una mal oclusión, tienden a preocuparse más por el problema. Otra manera de tratar el hábito es hablar con los niños y creer en su madurez y responsabilidad de poder tener la capacidad de dejar de hacerlo.

Este método funciona mejor en niños mayores que pueden sentir presión social para detener el hábito.

Refuerzo positivo (premios): este método que ha demostrado cierto éxito es la entrega de un premio si el niño deja de succionarse el dedo. También se puede entregar al paciente un calendario y pedirle que pegue unas estrellitas o stickers cada vez que no se chupe el dedo (fig. 30-7); a la séptima estrella, por ejemplo, se le puede entregar un premio(Lichstein y cols. & Ross)

Otro estudio realizo algo parecido, pero en este caso se aplicó a niños que veían sus dibujos animados favoritos en la televisión. Cada vez que se succionaba el dedo, se apagaba el televisor. Se demostró que con este método los niveles de succión digital se redujeron drásticamente

Modelos: los modelos en el tratamiento de la succión digital pueden ser muy efectivos. En el caso de dos hermanos que se succionaban el dedo; al mayor se lo trató y al menor se lo observó. Después del tratamiento exitoso en el mayor, se encontró que el hermano menor también dejó el hábito como imitación del hermano mayor.

2.2.7.3. Tratamientos Psicológicos:

Mediante este ámbito Se han descrito procedimientos consistentes en explicar y enseñar al niño mediando modelos de yeso y láminas ilustrativas en presencia de los padres, con objeto de que estos refuercen en casa las explicaciones, las consecuencias que puede ocasionar el hábito de la succión digital. Se les explica los problemas estéticos que producen (deformación de la cara y de la boca) sin contar los daños para su salud.

Se les aconseja y orienta que se vayan a la cama abrazando algún juguete (muñeca, oso de peluche, etc.) .para mantener las manos ocupadas y evitar que se las lleven a la boca. El tratamiento suele

consistir en una visita mensual durante unos 6 meses, si bien la mayor parte de los niños interrumpen su hábito antes de los tres meses. En cada una de las visitas, se refuerza el condicionamiento del niño con las consecuencias negativas y, si ha mejorado se le felicita o se le premia de alguna manera, para que se sienta motivado con el proceso hasta que lo adopte como actitud propia.

Otros métodos utilizados son los de reforzamiento positivo un pequeño premio por cada periodo pre-establecido que el niño es capaz de estar sin succionarse el dedo, dar puntos por cada día sin hábito con un premio al llegar a un cierto número de puntos, arrancar la hoja de cuaderno por cada día sin hábito con un premio cuando se acabe el cuaderno, etc., reforzamiento diferencial (retirada de un estímulo positivo cada vez que se succione el dedo), o reconducción del hábito consistente en enseñar al niño una respuesta competitiva, inmediata al hábito como el cruzar los brazos, cerrar el puño y otras

Todas estas terapias proponen sociabilizar directamente con el paciente apelando a su sentido de entendimiento y que pueda captar el concepto que se intenta trasmitir para poder dejar de hacerlo sin llegar a obtar por técnicas invasivas que pueden resultar incomodas para el paciente.

2.2.7.4. Terapia Miofuncional:

Entendiéndose como Terapia Miofuncional: la rama que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que vaya interferir, tanto en la producción del habla como en las diferentes estructuras del sistema orofacial, desde que nace hasta la vejez; en otro sentido, es una disciplina que coadyuda con la medicina y la odontología coadyuvando los tratamientos del

pediatra, odontopediatra, ortodoncista, ortopedista funcional de los maxilares, cirujano, otorrinolaringólogo, y también en la terapia del lenguaje.
El método de corrección para el desequilibrio buco facial, se basa en tres premisas:

La motivación del paciente es primordial para el éxito terapéutico

El éxito del régimen de tratamiento debe llevar todas las áreas de la función muscular que se desarrolla de manera anormal.

La nueva conducta aprendida como patrón de los músculos buco faciales debe estar firmemente establecida como parte normal de la función individual.

El objetivo primordial de la Terapia miofuncional es la creación de una función muscular orofacial normal, así, ayudar al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal. No es incrementar el tamaño o la fuerza de los músculos, que en la mayoría de los casos es el primordial objetivo de los ejercicios musculares de otras partes del cuerpo. La principal razón de ser de los ejercicios mioterapéuticos es llegar a tener una adecuada coordinación de la musculatura orofacial.
Estas técnicas nos ayudarán a:

Equilibrar o compensar las estructuras óseas involucradas en las estructuras musculares a nivel orofacial y contiguas a éstas.

Crear nuevos patrones neuromotores de comportamiento y llegar a una generalización.

Reducir las parafunciones

Mejorar la estética del paciente

2.2.7.5. Ejercicios Miofuncionales Recomendados:

Cierre labial:

a) Mantener el baja lengua y el cepillo de dientes en sube y baja, con una frecuencia de una vez al día manteniéndola arriba durante cinco segundos.

b) Cambiar después de una semana a levantar el cepillo de dientes por el mango con la misma frecuencia.

Efecto secundario: Estimula orbiculares y contrae el mentoniano

Sujetar una hoja de papel con una frecuencia de una vez al día veinte y cinco veces, manteniéndola arriba durante cinco segundos. Se puede alternar con el ejercicio anterior, el paciente debe mantener la hoja de papel con los labios, mientras el terapista trata de sacarla de la boca.

Efecto secundario: Estimula orbiculares y contrae el mentoniano**.**

2.2.7.6. Tratamientos Invasivos

Atenuación sensorial: la aplicación de cubiertas en las manos o en los dedos (que atenúan sensorialmente el hábito de succión) produce una disminución o terminación del hábito de succión digital. Una vez que se logra eliminar el hábito, se debe empezar a disminuir el tamaño o forma del objeto; por ejemplo, si se comienza con un guante de boxeo antes de ir a dormir, una o dos semanas después se tiene que cambiar por un algodón(Ellingson y cols.)

Este método ha demostrado una eficacia del 100%

Líquidos adversivos al gusto: se ha demostrado que, luego de poner líquidos adversivos al gusto en el pulgar de niños que se succionaban el dedo, se produce la eliminación del hábito en la mitad de los pacientes a

los tres meses y en el 90% de los pacientes al año. La composición de estos líquidos es: extracto de pimienta de Cayena, ácido cítrico, alcohol isopropílico, acetona y barniz

Aparatos de alarma sonora: Existe un aparato que, cuando el niño se coloca el dedo a 15 cm de la cara, provoca un sonido con tono de 65 a 70 dB. Este método ha demostrado ser aceptable para los padres y los niños y además ha producido disminución significativa en la frecuencia e intensidad del hábito. Las posibles explicaciones del éxito de este aparato son sus características de recordatorio o de castigo

Vendas: Este método que también ha sido usado consiste en colocar una venda en el codo de los niños, de tal manera que no puedan flexionarlo y llevar el dedo a la boca. Esto generalmente funciona bien en niños que se chupan el dedo en la noche y lo hacen inconscientemente.

Aparatos rompehábitos: Nos referimos a los aparatos intraorales para la detención del hábito de succión digital tienen la función de activar sentimientos de hostilidad y culpa. Además, los aparatos no funcionaron bien en los niños de corta edad; la mayoría no dejó el hábito. Se sugiere que el uso de rompehábitos se posponga para más adelante

Existen diversos diseños de los aparatos rompehábitos(villa y col)

La barra palatina a veces puede ser suficiente en algunos pacientes para eliminar el hábito; en algunos casos, el solo hecho de poner un expansor palatino produce la eliminación del hábito de succión. Pero también los aparatos rompehábitos tipo rejilla han demostrado eficacia

Siempre hay una posibilidad que se genere una recaída, aun con el empleo de un rompehábitos. El tiempo de uso debe ser de unos 10 meses por lo menos, ya que se ha comprobado que a menor tiempo de uso, mayores posibilidades de recaída

Una de la opción de tratamiento es el aparato Bluegrass que fue presentado por primera vez en 1991 (fig. 30-9). Se notificó que en 24 pacientes a los que se colocó el aparato, el éxito fue completo.

Tienen algunos efectos en la fonación del paciente hasta que él se adapte al nuevo aparato en su boca. Por lo general el lenguaje, que por lo general desaparecen después de dos a tres semanas. Algunos estudios han demostrado que más del 50% de los pacientes eliminaron el hábito antes de los dos meses de colocado

Antes de la colocación del aparato rompehábitos, se debe explicar al niño con detenimiento y precisión las razones por las que debe usarlo y que no es más que un recordatorio, cada vez que el niño quiera ponerse el dedo en la boca al sentir este estimulo recuerde que no debe de hacerlo.

Estos aparatos deben ser tomados más como un recordatorio que como un castigo, y necesitan la motivación de los padres hacia el niño para que funcionen.

2.2.7.7 Utilización de Dispositivos Ortodóncicos:

El uso de dispositivos Ortodóntico lo podemos dividir en:

1. Aparato logia Removible (miofuncional)

2. Aparatología Fija (restrictivos)

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son el arco de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores. Esto son aparatos que se pueden remover sin dificultad en la boca ya sea por motivos de aseo o comodidad.

Dispositivos ortodóncicos fijos/extraíbles con diferentes diseños. El más clásico es la reja lingual. Este dispositivo actúa de barrera mecánica contra la succión, de un modo pasivo, es más estable

tiene más eficacia por lo que al mantenerse perenne en la boca y el niño al no poder quitárselo en menos tiempo dará buenos resultados.

2.2.8. OTROS TIPOS DE SUCCIÓN

La principal es la succión digital, pero sin embargo existen otros tipos de succión no nutritiva que mencionaremos brevemente para los cuales el procedimiento sería similar a la succión digital porque a largo plazo igual producen efectos nocivos en la salud oral del niño o adolescente.

2.2.8.1 Hábito de Succión Labial

Este hábito en la mayoría de los casos se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado oberjet, y es la misma postura de los labios la que le produce querer sentir esa sensación de juguetear al succionar el labio.

Los efectos buco faciales de la interposición labial son:

- Protrusión dento alveolar superior.
- Retro inclinación de incisivos inferiores.
- Labio superior hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertrofia del músculo mentoniano.
- La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- Mordida profunda.
- Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Retrognatismo mandibular.

Tratamiento

Utilización de Lip Bumper , este aparato ortodóntico va influenciar positivamente el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes antero inferiores , se produce una expansión espontánea de dicha arcada.

2.2.8.2 Hábito de Succión del Chupete

El uso del chupete en los recién nacidos y niños de temprana edad es muy común, pero su uso de manera continuada cuando ya han salido los dientes temporales se asocia, en la mayoría de casos, a un incremento de niños con mordida cruzada posterior y con mordida abierta anterior.

Además hace que el niño se acostumbre a tener en boca el chupón de látex para estar tranquilo, produciéndole ansias, aunque le cueste agarrarse al pezón, de esta manera no genera estímulos neuromusculares adecuados para la succión nutritiva en el caso de los bebés más pequeños y predispone a la fijación de hábitos orales.

Beneficios del chupón

El uso del chupón en el bebé recién nacido y a lo largo de sus primeros dos o tres años conlleva una serie de beneficios, aunque no por ello es aconsejable su uso prolongado.

El chupón tiene un efecto tranquilizante en los niños, pero se recomienda no usarlo cada vez que llore, porque el llanto puede ser una forma natural de comunicación entre niño y progenitor. Otro beneficio es la estimulación de la maduración del reflejo de succión en niños prematuros, sobre todo en los que están sometidos a un régimen de alimentación por sondas nasogástricas, lo cual facilita una transición más rápida, y acorta el tiempo que pasa en el hospital.

Por último, se ha presentado que su uso está asociado a una menor incidencia del síndrome de muerte súbita, ya que se dice que evita la

obstrucción de las vías aéreas, al impedir la caída de la lengua hacia atrás.

Riesgos del uso del chupón

El uso del chupón en bebés y niños pequeños conlleva una serie de riesgos que debemos conocer y analizar correctamente para poder evitar sus consecuencias. El primer riesgo es que disminuye la duración de la lactancia materna. El recién nacido sufre una “confusión del pezón” debido a que el patrón de succión del chupete es diferente e interfiere con el aprendizaje de la técnica necesaria para la lactancia. Los niños con este problema estimularán por menos tiempo y succionarán menos veces durante el amamantamiento.

Las mal oclusiones importantes, la más común es la mordida abierta anterior, la cual puede no terminar progresando si se deja el hábito de manera temprana. La mordida cruzada posterior es la más grave aunque no la más común, y repercute en el crecimiento craneofacial del niño.

La posición del chupón dentro de la cavidad oral provoca que la lengua se desplace sobre la mandíbula y los músculos orbiculares y buccinadores se prolonguen. Estos cambios producen que aumente la distancia transversal mandibular y disminuya la distancia transversal maxilar. Los niños con este hábito tienen alteración de la flora bacteriana e hipertrofia del sistema linfático, la cual produce normalmente una respiración bucal. Todo el conjunto influye en el desarrollo de las mal oclusiones.

Las úlceras orales, especialmente en el tercio posterior del paladar, son otro riesgo producido por el trauma contra el paladar. El uso del chupón impregnado en sustancias azucaradas como la miel o el zumo, muy recurrente para calmar al niño, provocan el llamado síndrome del biberón que consiste en la aparición de caries múltiples en los dientes temporales.

2.2.8.3 Succión de Otros Objetos

Lo más común es ver en la escuela niños chupando las tapas de los esferos o lápices, pero no solo pasa con los lápices muchas veces son con cualquier objeto que encuentran agradable para dicho uso.

Existen muchos niños en edad escolar que se llevan juguetes a la boca, se chupan las mangas y/o el cuello de la ropa, o muerden lápices o borradores mientras escuchan una clase. Ésta conducta puede tener una base emocional o sensorial, la cual se determinará por la frecuencia, el momento del día y la duración de la conducta.

Si fuese una conducta de base sensorial, entonces es una "búsqueda de la sensación oro motora y sensorio motriz", un intento por lograr que su cuerpo alcance un nivel óptimo de alerta. Cuando me refiero al aspecto oro -motor, es que muchos niños no tienen consciencia de su cavidad oral, por lo que necesitan meterse objetos (de preferencia duros) para "sentir" su boca y prestar atención. Por otro lado, cuando me refiero a una búsqueda de input sensorio motor, el niño puede necesitar moverse y sentir su cuerpo de forma intensa, pero no puede o sabe hacerlo y permanece sentado metiéndose algo a la boca o chupándose las mangas y/o cuellos de la ropa. Lo que debemos de hacer frente a ésta conducta es reemplazarla con una actividad más efectiva para que pueda sentir la misma sensación.

Aquí algunas otras propuestas de actividades que brinden estímulo oro -motor que podrían ayudar:

1. Promover actividades que incluyan silbar, hacer burbujas y soplar cornetillas.
2. Practicar juegos con cañitas (por ejemplo hockey soplando bolitas de algodón o rociando pintura usando una cañita)
3. Dejar que coma caramelos dulces y amargos. (Si es permitido en su dieta y sin abusar).
4. Masticar goma de mascar.
5. Inflar globos.

6. Hacer juegos de muecas frente al espejo o al amigo y mantenerlas por cinco segundos.
7. Tomar líquidos espesos (Como compota de manzana o pudín) a través de una cañita.
8. Tomar agua a través de una cañita larga y con varias vueltas.
9. Hacer un volcán de burbujas. Llenar un envase con jabón y agua y hacer que el niño use una cañita para soplar en el agua y hacer el volcán.
10. Proporcionar snack masticable como habas, maíz tostado, pop- corn pretzels, barras de granola, frutas secas, etc. para la hora de la lonchera.

Es importante que el terapeuta emocional esté al tanto de los procedimientos y que guie las técnicas y vaya evaluando el desarrollo del tratamiento.

2.2.9 PREVALENCIAS DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS

Después de revisar las teorías de diferentes autores expuestas a lo largo de esta investigación y de los artículos revisados encontramos.

2.2.9.1 Según la Edad

Según nuestros estudios en la clínica de Odontopediatria, los resultados que nos dieron al hacer la revisión y encuesta, fue que en la edadde los escolares, en un rango predominantes de niños de 4 a 6 años en la que se podría decir que s el 40% de los niños de esta edad presentaron este hábito que fue observado dentro de nuestras clínicas de Odontopediatría.

Claro está que no significa que en niños más pequeños o en niños mayores e incluso adolecentes no se presente este mal hábito, suelen también presentarlo y con ello la mayoría presenta cambios dento faciales anormales desde el grado de leve y casi imperceptibles, a graves y rasgos deformantes y antiestéticos. Sin embargo, con el tratamiento adecuado todos pueden ser corregidos.

2.2.9.2 Según el Sexo

En cuanto al sexo se pudo observar que el hábito de succión digital fue encontrado en más niñas que en niños, lo que se podría decir que en las niñas el 70% dentro de nuestro rango de edad de los estudios realizados se succionaban el dedo, mientras que en los varones se encontraba un menor porcentaje.

Al parecer los padres decían que sus hijos se chupaban el dedo porque se sentían ansiosos o temerosos, incluso porque alegaban que tenían hambre, muchos parecían ser por inseguridad y engreimiento, pese que anteriormente se describieron varias teorías del porqué podrían succionarse el dedo. El objetivo fue demostrar que en las niñas prevalecía más este mal hábito que en los niños.

2.2.9.3 Según la Frecuencia

Según las respuestas que pudimos recolectar y guiándonos con lo descripto en nuestra investigación, la mayoría de los niños practica el hábito de succión antes de dormir e incocientemente mientras duermen como mecanismo de sentir seguridad y relajación.

También podemos hablar que la mayoría de los niños que analizamos lo realizaban esporádicamente, es decir, de repente cuando se encontraban es circunstancia de tensión o miedo a la adaptación de algo nuevo.

Muy raros casos presentaron frecuencia intensa de manía de tener la mayoría del tiempo el dedo en la boca, sin embargo no hay que pasarlo ´por alto que hay casos que presenta una frecuencia intensa y son precisamente ellos los que tendrán efectos más deformantes en sus estructuras dentofaciales donde el tratamiento deberá ser un poco invasivo y mientras más precoz se lo realice, será más favorable para los resultados del paciente.

2.3. MARCO CONCEPTUAL.

Atenuación Sensorial: Este es un tratamiento invasivo que consiste en la aplicación de cubiertas en las manos o en los dedos (que atenúan sensorialmente el hábito de succión) produce una disminución o terminación del hábito de succión digital.

Deglución: Es una función biológica y coordinada, constituida por una conexión neurológica y un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares, regidas por arcos reflejos, de vital importancia.

Hipotonía Labial: Esto ocurre cuando no hay un sellado labial, se produce una pérdida de tonicidad del labio superior que se convierte en hipotónico, flácido con forma de arco, mientras que el labio inferior tratando de alcanzar al antagonista se vuelve hipertónico, mostrándose ambos, resecos y agrietados por el continuo fluir de aire entre ellos y algunos casos pueden presentar fisuras en las comisuras

Interposición Lingual: Esta se da en el momento de la deglución, el ápice lingual se proyecta hacia adelante, se coloca entre los dientes o empuja la cara interna de los incisivos superiores. Esta interposición lingual produce una mordida abierta**.**

Macroglosia: Es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal (en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar) generalmente se da por un aumento en la cantidad de tejido y no resulta un crecimiento externo como en el caso de un tumor. Macroglosia puede originar anomalías dento-músculo-esqueléticas, creando problemas en la masticación, fonación y manejo de la vía aérea e inestabilidad del tratamiento de ortodoncia o cirugía ortognática.

Mal Oclusiones: Son las variaciones morfológicas dentofaciales capaces de afectar al estado de salud óptimo del aparato estomatognático en sus vertientes morfológica, funcional o estética, y que en función de su nivel

de desarrollo podrán o no estar asociadas a condiciones patológicas. La importancia de éstas mal oclusiones radica en su prevalencia.

Respirador Bucal: La respiración normal es aquella donde el aire ingresa libremente y normalmente por la nariz con un cierre simultaneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el instante de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo.

Rompehábitos: Son aparatos ortopédicos que consisten en unas parrillas intrabucal, el aparato va colocado en la boca e impide la entrada del dedo. Dichos aparatos se adecuan a la edad del niño, y deben estar supervisados por el ortodoncista que lo indicó

Succión Digital: La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se origina cuando este hábito prevalece una vez iniciado el cambio de dentición.

Terapia Miofuncional: Esla rama que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que pueden interferir, tanto en la producción del habla como en las distintas estructuras del sistema orofacial, desde el nacimiento hasta la vejez

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad,

rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los **Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

2.5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Hábito de Succión

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Alteraciones Bucales

2.6. OPERACIÓNALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Independiente **Hábitos de Succión**	Se considera como un comportamiento común y típicamente inocuo en la infancia y la niñez.	La succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales.	Succión del pulgar Succión del dedo índice Succión del dedo índice y medio Succión del dedo medio y anular Succión de varios dedos	Trastornos esqueletales de la mano Mal formaciones dentales y faciales

Dependiente **Alteraciones Bucales**	Son deformaciones que se dan por un desorden o un patrón variable que desencadena este resultado.	La mal oclusión se desencadena por la presencia de hábitos como lo es la succión digital.	Dentales y musculares Esqueléticas Psicológicas	Mal posición de incisivos Hipotonía labial Perfil convexo Paladar estrecho Mal oclusiones Prognatismo superior Emocionalmente inestable Autoestima baja

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo, presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, que fueron utilizados para llevar a cabo este trabajo.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de(Dankhe, 1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlaciónales y explicativos.

Esta clasificación es muy importante, según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación. El diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, y otros componentes del proceso de investigación son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlaciónales y explicativos.

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es no experimental debido a que no se presentó ningún caso clínico elaborado, sino que fue bibliográfico porque se seleccionó textos con no menos de 5 años de haber sido publicados de los cuales se recopiló y analizó la información que contenían sobre los efectos del hábito de succión digital.

Método.-

Teórico: Mediante la información recopilada de las diferentes fuentes se obtuvo un criterio propio mediante el análisis y comparación a lo largo de esta investigación, por las razones que se puede decir que fue un trabajo analítico, y deductivo, con el cual pudimos llegar a demostrar lo que se había planteado en el principio.

Técnicas: Para esta investigación se utilizó un test con breves rasgos de ficha clínica para poder localizar los pacientes con alteraciones bucales por el hábito de succión digital, y poder determinar los rasgos en los que se presentaban según lo establecido en los objetivos de nuestra investigación. La cual nos fue muy útil en este trabajo ya que, pudimos tener nuestros propios datos estadísticos y poder compararlos con los estudios de otros autores para encontrar la relación de estudio sobre este tema en particular.

Herramientas estadísticas: Al momento de realizar test y tener que comparar y analizar con otros estudios, fue de mucha utilidad emplear este tipo de herramientas descriptivas y gráficas para poder sacar nuestras propias estadísticas en nuestro estudio, ya que permite organizar la información de una manera más clara para poder establecer un adecuado y eficaz resultado.

Equipos, instrumental y herramientas.

Instrumental de diagnóstico: espejo, explorador, pinza algodonera, abrebocas, cucharillas.

Equipo de bioseguridad: batona, guantes, gorro, mascarilla, zapatones, gafas.

Encuestas y cámara, laptop.

3.2 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Según la naturaleza de los objetivos en cuanto al nivel de conocimientos que se desea alcanzar, el tipo de investigación que se aplico fue:

Documental: Es el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos,

audiovisuales o electrónicos. En lo principal mi investigación es de libros de la biblioteca y de artículos científicos encontrados en la web.

Descriptiva: Por medio de este tipo de investigación se busca vincular al denominado primer nivel del conocimiento científico. Mediante el empleo de métodos de recopilación de datos y hechos, se formulan descripciones, reseñas, inventarios e incluso generalizaciones empíricas**.**

Correlacional: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlaciónales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación explicativa de Campo: En los estudios explicativos se dividen en: de laboratorio y de campo. En nuestro caso se utilizó la investigación de los diseños de campo y los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador.

El análisis del caso a investigar que se expone mediante la información que se encuentra en los libros, en el ámbito didáctico, en la web y que se une para analizar, entender su naturaleza, interpretar sus puntos de vista, discernir el objeto que plantea para explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1. TALENTO HUMANO.

Tutor Científico**:** Dra. Astid Daher Achi

Alumna Investigadora: Andrea Cristina Crespín Ponce.

Pacientes

3.3.2. RECURSOS MATERIALES.

Materiales de Investigación

- Revistas científicas
- Fotocopias
- Libros de la biblioteca
- Computadora
- Internet
- Cámara
- Pluma
- Resaltador

Materiales Odontológicos

- Espejos bucales
- Exploradores
- Abre bocas
- Pinza algodonera
- Algodones

Bioseguridad

- Guantes
- Zapatones
- Batona
- Gafas
- Gorro

3.4 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

En nuestro caso la población es infantil, es decir, niños de un rango de edad entre 2 años a 12 años, pertenecientes a una clase media, y que poseen alteraciones dentobucales por presencia del hábito de succión

digital, los cuales encontramos en la clínica de Odontopediatría de la Universidad de Guayaquil.

A este grupo de niños que fueron aproximadamente 150 niños, se los sometió a un chequeo bucal para observar las alteraciones dentales en boca y a los padres se les hizo una pequeña encuesta a manera de historia clínica para corroborar con los datos necesarios para nuestro estudio.

3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual
Fase metodológica
Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.
Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

La fase metodológica es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: ¿Qué diseño se adapta mejor al objeto del estudio? ¿Queremos describir la realidad o queremos ponerla a prueba? ¿Qué metodología nos permitirá encontrar unos resultados más ricos y que se ajusten más a nuestro tema de investigación?

Definición de los sujetos del estudio: ¿Quién es nuestra población de estudio? ¿Cómo debo muestrearla? ¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

La última fase, **la fase empírica** es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de

forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseña do previamente. Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.
Interpretación de los resultados:

Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Mediante el estudio que se realizó y las encuestas y exploraciones clínicas de nuestros análisis, encontramos que de los niños que asistieron a la clínica de Odontopediatria en el periodo electivo 2014-2015; que fueron niños de edades entre 3 años a 12 años, los cuales participaban de diversos tratamientos rehabilitadores presentaron:

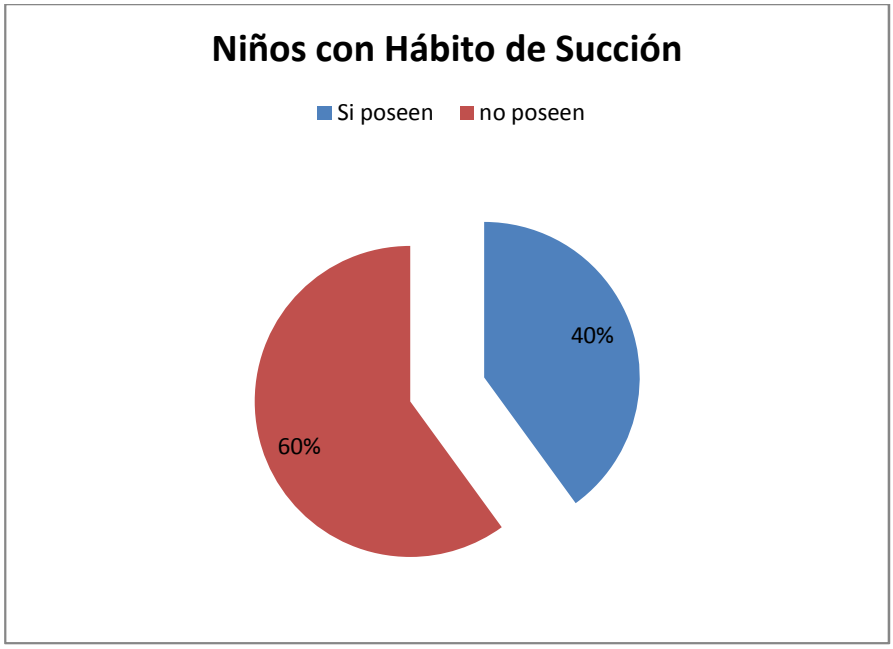
-Un rango de niños de 4 a 6 años el 40% de ellos practicaban la succión digital.

Tabla 1. Niños con hábito de succión

Niños con habito de succión	
Si poseen	60
no poseen	90
Total	150

Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

Grafico 1. Niños con hábito de succión



Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

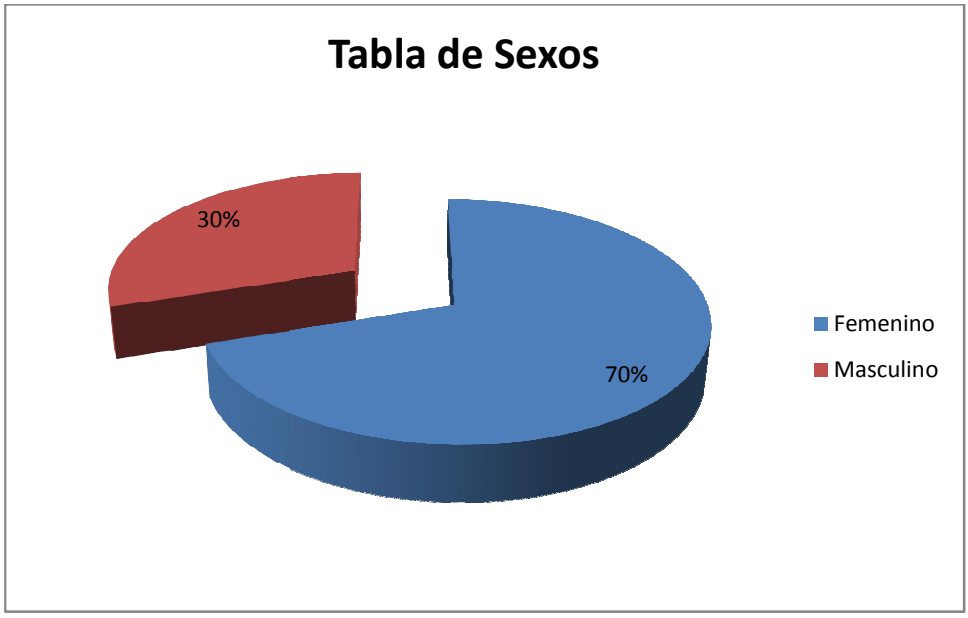
-En el sexo femenino se encontró más alto porcentaje de succión digital que en el sexo masculino, es decir del rango de 4 a 6 años, el 70 % eran niñas que presentaban el hábito de succión digital mientras que, el 30% restante eran en niños.

Tabla 2. Tabla de sexos.

Tabla de Sexos	
Femenino	28
Masculino	12
total	40

Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

Grafico 2. Tabla de sexo



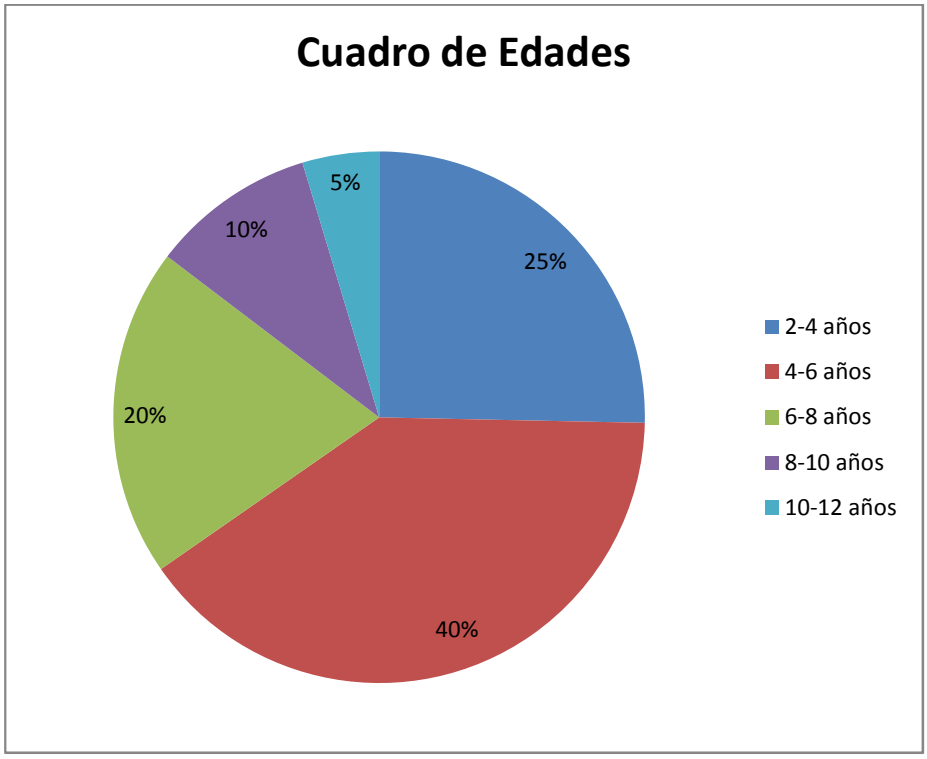
Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

Tabla 3. Cuadro de Edades.

Cuadro de Edades	
2-4 años	38
4-6 años	60
6-8 años	30
8-10 años	15
10-12 años	7
TOTAL	150 NIÑOS

Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

Grafico 3. Cuadro de edades.



Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

-También encontramos que un 20% de los niños que revisamos, poseían otros tipos de hábitos entre ellos, que se comían las uñas, es decir la onicofobia y la mal costumbre de morder o chupar las plumas y lápices.

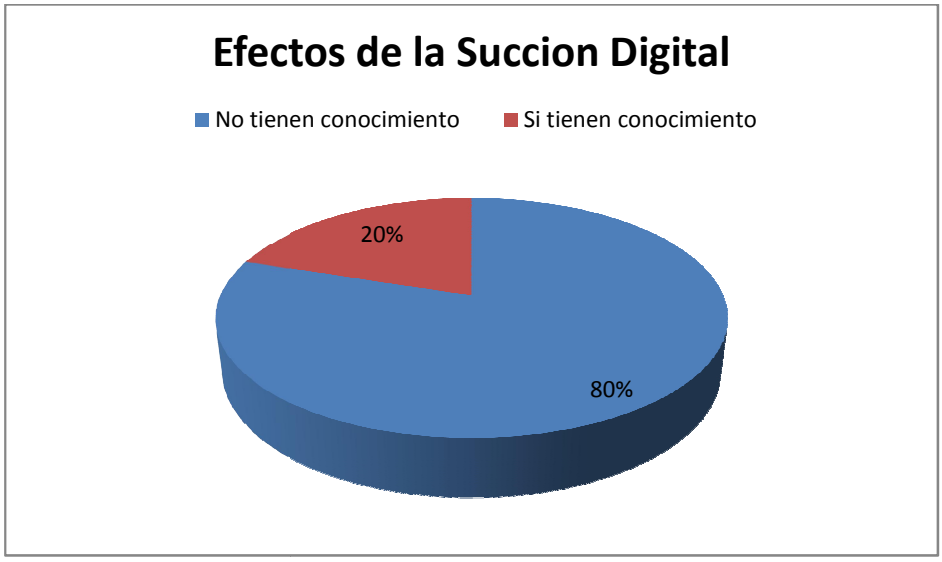
-Se encontró que la mayoría de los padres casi en un 80% no tenían conocimientos de que, el mantener este hábito les produjera algún efecto adverso o deformante en la estructuras dentofaciales del niño.

Tabla 4. Efectos de la succión

Efectos de la Succión	
No tienen conocimiento	120
Si tienen conocimiento	30
TOTAL	150

Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

Grafico 4. Efectos de la succión



Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

-El 60% de los padres no sabían cómo corregir los efectos que producían el hábito de succión, y el 40% tenían ideas varias de cómo poder corregirlo.

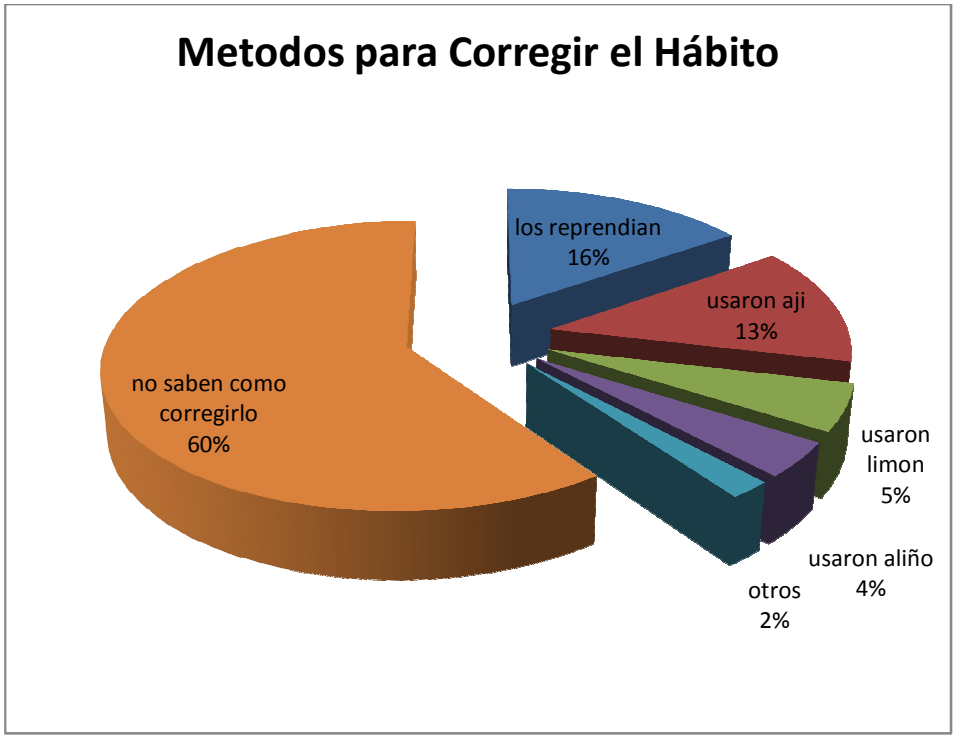
-Se consultó cuales eran las técnicas que habían utilizado para intentar quitar este mal hábito de succión, de lo que los padres nos dijeron varias alternativas en su mayoría caseras, pero las que mayormente coincidieron fueron en que cada vez que lo veían succionándose el dedo le daban un manotón en la mano para que deje de hacerlo, y la otra fue que le pusieron cosas amargas en el dedo como ají y ajo para que por el mal sabor dejara de hacerlo.

Tabla 5. Métodos para corregir el hábito

Métodos para Corregir	
los reprendían	23
usaron ají	20
usaron limón	8
usaron aliño	6
Otros	3
no saben como corregirlo	90
Total	150

Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

Grafico 5. Métodos para corregir el hábito



Elaborado por: Andrea Crespín Ponce

-La mayoría de los casos que encontramos con succión digital, los padres alejaron que lo hacen desde muy pequeñitos refiriéndose a que cuando eran bebes.

-Al hacer el examen clínico de los pacientes que poseían el hábito de succión las mayores alteraciones dentofaciales que encontramos fueron:

- Paladar profundo
- Giroversión de los incisivos superiores
- Overjet aumentado
- Mal oclusión clase II de Angle.
- Apiñamiento en incisivos inferiores

5. CONCLUSIONES

Mediante este trabajo concluimos que:

- Es de suma importancia interceptar la succión digital y erradicarla a tiempo, para un desarrollo armónico del sistema estomatognático.

- Los profesionales deben darle la debida importancia a tiempo utilizando tratamiento no invasivo y precoces en el paciente, compartiendo sus conocimientos del tema con los padres del paciente.

- También se identificó que los pacientes que atendimos en la clínica de Odontopediatria y practicaban el hábito de succión digital era casualmente, es decir con poca frecuencia.

- Se detectó que la incidencia de succión digital fue en niños de un rango de edad de 4 a 6 años donde el 70% eran niñas, en las que predominaba este hábito.

- Se reconoció que las alteraciones más frecuentes del hábito de succión digital fueron paladar profundo, oberjet aumentado, giroversión de los incisivos superiores, apiñamiento de los incisivos inferiores, mal oclusión clase 2 de Angle.

- Y para finalizar se determinó que el nivel de conocimientos de los padres sobre los tratamientos precoz para corregir el hábito de succión digital son muy bajos, es decir, casi ninguno tenía conocimiento de la existencia de estos.

6.- RECOMENDACIONES

- Reconocer el mal hábito de succión digital desde temprana edad.

- Informarles a los padres de un tratamiento precoz para ayudar a dejar de practicar el mal hábito de la succión digital.

- Interceptar y corregir a tiempo el hábito de succión digital, para evitar que se agraven los efectos en el futuro y luego no sean necesarios tratamientos más fuertes e invasivos.

- Implementar una terapia terapéutica con métodos mixtos en donde se integran aparatos con ejercicios mioterapéuticos tratando de ser lo menos invasivos.

- Los padres ante la necesidad de usar biberón, deben elegir una tetina ortodoncia, que es más parecida al pezón materno y permite un mejor contacto entre la lengua y el paladar.

- Hacerle seguimiento al caso para evitar posibles reincidencias del hábito.

Bibliografía

1) Biondi, D. s. (s.f.). *Scielo.* Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000200006

2) Cosme, D. d. (s.f.). *Medisan.* Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000100001&script=sci_arttext

3) Daniel Enrique Reyes Romagosa, I. D. (s.f.). *Medisan.* Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000500003&script=sci_arttext

4) Dankhe. (1986).

5) Davidson y col., J. y. (2008). Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

6) Desconocido. (lunes23 de agosto de 2010). *Habitos Bucales*. Recuperado el 08 de marzo de 2015, de habitos bucales: http://habitosorales.blogspot.com/2010/08/succion-digital.html

7) Dra Celis Maria Fernandez Torres, D. A. (s.f.). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord02297.htm

8) Dra. Carmen Lugo, D. I. (s.f.). Obtenido de http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf?

9) Dra. Mayra Raquel Martínez Ramos. (s.f.). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000300004&script=sci_arttext

10) Ellingson y cols., 2. Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

11) Farsiy y col, .. 1. Habitos Bucales. En J. L. Cevallos.

12) Friman y col., 1., Blum y cois., 1., Altman y cois., 1., Watson y col., 1., Miltenberger y cois., 1., & Knell, y. c.

13) Fukuta y cols, 1., Moore y cols., 1., & Josell, 1. Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

14) Gaby. (678). *Succion Dig.* Defde: EDW.

15) Greenleaf y Col., 2. Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

16) Hernandez, D. B. (s.f.). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm

17) Katyleidis Pérez Acosta, V. O. (s.f.). Obtenido de http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/608

18) Laura, B.-F. (s.f.). *Redoe.* Obtenido de https://redoe.wordpress.com/2006/05/15/habito-de-succion-no-nutritiva-y-su-relacion-con-la-maloclusion/

19) Lichstein y cols., 1., & Ross, 1. Habito Bucales. en J. L. Cevallos.

20) María Fernanda González, G. G. (2012). 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. Revisión bibliográfica . *revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* .

21) Massler. (1983).

22) Menchaca, H. R. (s.f.). *Revista Peruana.* Obtenido de http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100004&script=sci_arttext

23) Peterson y Col., 1. Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

24) Reyes M. R. (s.f.). *Medisan.* Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000200012&script=sci_arttext

25) Reyes, P. V. (s.f.). *Dialnet.* Obtenido de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906661

26) Rogelio Casasa y Esequiel Rodríguez, .. 2. (s.f.).

27) Romero Maroto, M. R. (s.f.). Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.PDF

28) Sánchez, D. Z. (s.f.). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est07407.pdf

29) Turgeon-O´Brien Y Cols., 1. Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

30) Villa y Col, .. Habitos Bucales. en J. L. Cevallos.

31) Woods y Cols., 1. Habitos Bucales. en J. L. Cevalos.

32) Zaldivar, D. L. (s.f.). Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116132021.pdf

ANEXOS

Figura #1

Figura 1 Figura 2

Fuente: http://www.gacetadental.com/2009/03/hbito-de-succin-digital-y-maloclusiones-asociadas-31358/

Figura # 2

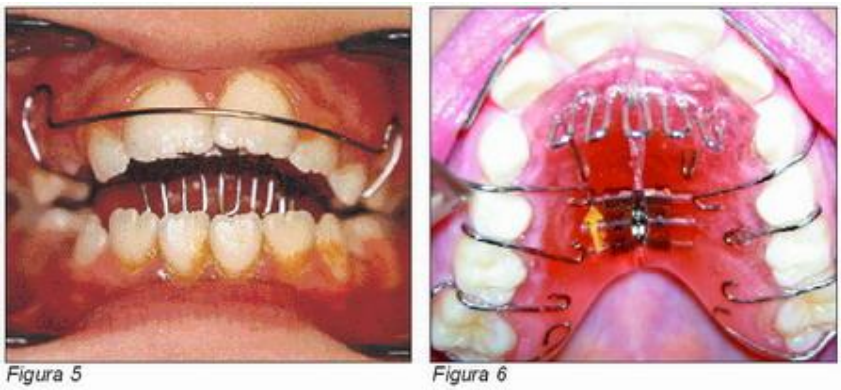


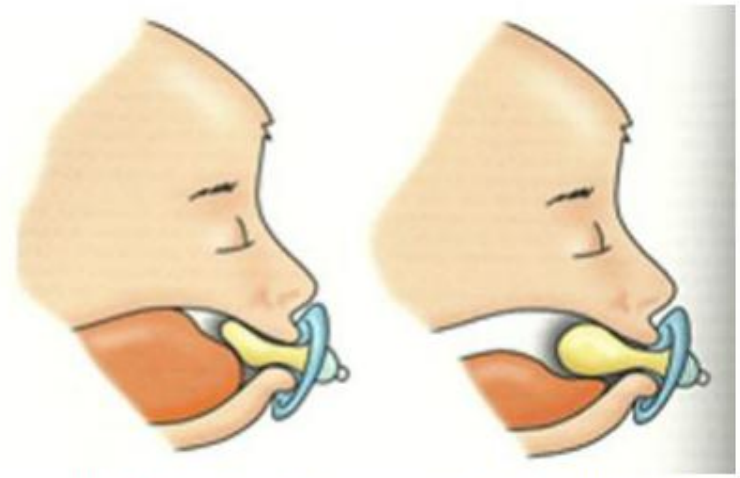
Figura 5 Figura 6

Fuente: http://www.gacetadental.com/2009/03/hbito-de-succin-digital-y-maloclusiones-asociadas-31358/

Figura #3

Fuente: http://www.crecerfeliz.es/Ninos/Desarrollo-y-aprendizaje/Con-2-anos-se-chupa-el-dedo

Figura # 4



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Fuente: http://odontologia20.com/habitos-orales-no-fisiologicos-mas-comunes-y-como-influyen-en-las-maloclusiones/

Figura # 5

Fuente: http://www.odontobebe.odontovida.com/2009/03/malos-habitos-orales-pueden-acabar-con.html

Figura #6

Fuente:http://matamoros.com.mx/malos-habitos-para-la-dentadura-de-los-ninos/

Figura #7

Fuente:http://galenored.net/la-placenta-podria-tener-sus-propias-bacterias-beneficiosas/

Figura #8

Fuente:heartofearthcompany.wordpress.com/category/educacion-y-crecimiento-mental/page/5/

Figura #9

Fuente:http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm

Figura #10

Fuente:http://www.bocasvitis.com/consecuencias-de-los-habitos-de-succion-desde-el-punto-de-vista-odontologico/

Figura #11

Fuente: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art1.asp

Figura #12

Succión del dedo indice.

Fuente: http://es.slideshare.net/jakkodj/habito-de-succin-digital

Modelo de la encuesta utilizada.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE PEDIATRÍA

Fecha:
Nombre:
Parentesco:

Edad: sexo:

¿Posee algún hábito como el de succión digital?

Si no

Otro (si posee otro márquelo)

Morder algún objeto como borradores	
Chupar las pluma so lápices	
Comerse las uñas	
Chuparse los labios o carrillos	

¿Desde los cuantos años lo realiza?

Presento alteración como:(marcar la que se observe)

Overjet aumentado	
Overbite aumentado	
Paladar profundos	
Apiñamiento dental	
Giroversión de dientes	

¿Sabe usted como corregir este mal hábito?

Si no

¿Conoce los efectos o repercusiones que produce el hábito de succión digital?

Si no

¿Ha intentado algún método para que deje de hacerlo?

Poner ají en el dedo	
Poner ajo o condimentes en el dedo	
Vendar el dedo	
Pegarle o retarle cada vez que lo hace	

Elaborado por: Andrea Crespín Ponce.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA – NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 21 de Octubre del 2014

Doctor.
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **ANDREA CRISTINA CRESPIN PONCE** con numero de C.I. **0930905591**, alumno del **QUINTO AÑO PARALELO # 5**, del periodo lectivo 2014 - 2015, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO TITULACIÓN**, previo a la obtención del titulo de Odontologo, en la materia de **ODONTOPEDRIATIA.** Requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,

ANDREA CRISTINA CRESPIN PONCE
C.I. 0930905591

Se le ha designado al Dr. (a) Astorid Dahner Achi para que colabore en su trabajo de graduación.

Dr. Washington Escudero D.
DECANO

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
TESORERIA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA – NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 9 de Diciembre del 2014

Dra.
Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.
Directora del Departamento de Titulación, de la Facultad Piloto de Odontología
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Andrea Cristina Crespín Ponce** con C.I: **0930905591** alumna de QUINTO año paralelo 5 periodo lectivo 2014 - 2015, presento para su consideración el tema para el trabajo de titulación.

Tema:

Incidencias de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la Clínica de Odontopediatría.

Propósito:

Determinar el tipo de incidencias y alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión en los pacientes de la Clínica de Odontopediatría, periodo 2014-2015

Problema:

¿Cuán alta es la incidencia de alteraciones bucales relacionadas con el hábito de succión digital a largo plazo en el desarrollo de los maxilares?

Justificación:

La presente propuesta se justifica por la importancia de conocer las alteraciones bucales que puede producir el hábito de la succión digital, para poder darles un mejor tratamiento ortodontico a futuro y a la vez compartirlo con la comunidad para que hagan conciencia en evitarlo.

Viabilidad:

La presente propuesta se justifica por la importancia de conocer las alteraciones bucales que puede producir el hábito de la succión digital, para poder darles un mejor tratamiento ortodontico a futuro y a la vez compartirlo con la comunidad para que hagan conciencia en evitarlo.

Agradezco de antemano la atención a la solicitud.

Andrea Cristina Crespin Ponce
C.I. 0930905591

Dra. Astrid Daher
TUTOR ACADÉMICO

TEMA ACEPTADO
Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.
DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
TESORERIA