



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo - junio 2015.

Autor.

Víctor Bryan Rivas Ponce.

Directora de tesis.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg.Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg. Ge., certifica que la tesis de investigación titulada: Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo–junio 2015, es trabajo original del estudiante Victor Bryan Rivas Ponce, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg.Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada: Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo–junio 2015. Dicho trabajo es presentado y realizado por el egresado Víctor Bryan Rivas Ponce, quien ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Katuska Briones Solórzano Mg.Ge

Directora de tesis.

Od. Angélica Miranda Arce. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Od. Celia Ponce Faula Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo, Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo - junio 2015, pertenece exclusivamente al autor. Cedo los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Victor Bryan Rivas Ponce.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios ser maravilloso y Todopoderoso que me dió fuerza y fé para creer lo que me parecía imposible terminar. A mi esposa Tatiana Mendoza García y a mi pequeña hija Doménica Rivas Mendoza, por el apoyo diario, la ayuda constante y por estar a mi lado en cada momento importante de mi vida. A mis padres Victor Rivas Vera y María Ponce Vélez, y a mi abuelita Corina Vélez Vega por creer en mi y ayudarme a alcanzar mi meta. A mi tía Mariana Ponce y a mi prima Vanessa Ferrín, por su ayuda en estos años de estudio. A mi directora de tesis Dra. Katuska Briones Solórzano, por apoyarme y ser mi guía durante el proceso de esta investigación.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera han formado parte de este logro.

Victor Bryan Rivas Ponce.

DEDICATORIA.

A la memoria de mi abuelito Arcadio Benjamín Ponce Meza:

Abuelito, aunque ya no estés físicamente a mi lado tu cariño prevalece siempre en mi corazón, fuiste un hombre tolerante, honesto, bondadoso y generoso, todos estos valores me los impartiste en mi niñez.

Desde el cielo guiaste e iluminaste mi camino y me convertiste en el hombre que soy, la huella que has dejado en mí y de la que tan orgulloso me siento, hace que siempre te tenga muy cerca, como una parte más de mi ser.

A tí te dedico éste mi más grande sueño, sé que hoy festejas conmigo y lo feliz que estás de que lo haya logrado.

Victor Bryan Rivas Ponce.

RESUMEN.

El presente trabajo tuvo como propósito investigar sobre la Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo–junio 2015, con el objetivo de concientizar a los padres sobre las consecuencias de dicho hábito.

La investigación fue de campo, de corte transversal, se realizó fichas clínicas a todos los niños y niñas de primero a séptimo año de básica, con una muestra de 293 alumnos que fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio, de los cuales 112 niños y niñas presentaban el hábito de succión digital, también se registró edad, sexo, tipo y forma del arco dentario, efecto dental superior e inferior, maloclusiones, forma de paladar, tipo de dedo que se succiona y secuelas del dedo.

Se realizó encuestas dirigidas a los padres o representantes de los alumnos que presentaron el hábito de succión digital la cual sirvió para verificar el tipo de dedo que se succiona, la etapa y el momento en que la realiza.

Palabras claves: Succión digital, edad, sexo, maloclusión, tipo de dedo.

ABSTRACT.

The present study was aimed to search the characterization of the habit of thumb sucking in children from the ages 4 to 13 of “24 de Mayo N°2” Elementary Public School of the city of Portoviejo, in the period march-june 2015, with the purpose of raising awareness among parents about the consequences of such habit.

It was a field and cross-sectional research, where clinical sheets were elaborated for children from first to seventh grade, with a sample of 293 students who were selected by the inclusion and exclusion criteria proposed in the study, in which 112 children had the habit of thumb sucking, age, sex, type and shape of the dental arch, upper and lower dental effect, malocclusions, palatal shape, type, finger sucking and finger sequels.

Surveys were made to parents or guardians of students who had the habit of digital suction which served to verify the type of finger being pulled, the stage and the time it is being done.

Keywords: digital suction, age, sex, malocclusion, type of finger.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Índice de cuadros.	XIV
Índice de gráficos.	XV
Introducción.	1
Capítulo I.	2
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.3.1. Preguntas de la investigación.	4
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.5. Justificación.	5
1.5.1. Objetivos.	7
1.5.2. Objetivo general.	7
1.5.3. Objetivos específicos.	7

Capítulo II.	8
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.	8
2.1. Categoría fundamental.	8
2.1.1. Hábito.	8
2.1.2. Hábitos generales.	10
2.1.3. Tipos de hábitos.	10
2.1.4. Causas del hábito.	11
2.1.5. Clasificación de los hábitos según la forma de actuar.	11
2.1.6. Clasificación etiológica de los hábitos	12
2.1.7. Interceptores de hábito.	12
2.2. Definición de la succión digital.	13
2.2.1. Teorías sobre el desarrollo de la succión digital.	17
2.2.2. Factores que modifican la acción del Hábito de Succión.	17
2.2.3. Etiología del hábito de succión digital.	18
2.2.4. Etapas de la succión.	19
2.2.5. Tipos de hábitos de la succión.	19
2.2.6. Características clínicas y efectos del hábito de Succión Digital.	20
2.2.7. Maloclusión.	23
2.2.8. Diagnóstico.	26
2.2.9. Corrección del hábito de succión.	26
2.2.10. Tratamiento del hábito de succión digital.	27
2.3. Arcos dentarios.	28
2.4. Tipo y forma de los arcos dentarios.	28
2.5. Paladar profundo y estrecho.	29
2.6. Crecimiento de la cara.	29

2.7.	Unidades de observación y análisis.	29
2.7.1	VARIABLES.	30
2.7.2.	Matriz de la operacionalización de las variables.	30
	Capítulo III.	31
3.	Marco metodológico.	31
3.1.	Modalidad de la investigación	31
3.2.	Tipo de investigación.	31
3.3.	Métodos.	31
3.4.	Técnicas.	32
3.5.	Instrumentos.	32
3.6.	Recursos.	32
3.6.1.	Humanos.	32
3.6.2.	Materiales.	32
3.6.3.	Tecnológicos.	33
3.7.	Población y muestra.	33
3.8.	Proceso de recolección de la información.	33
3.9.	Procesamiento de la información.	33
3.10.	Ética.	34
3.11.	Presupuesto.	34
3.12.	Cronograma.	34
	Capítulo IV.	35
4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	35
4.1.	Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los	

niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo n°2, ciudad de Portoviejo, periodo marzo – junio 2015.	35
4.2. Análisis e interpretación de las encuestas realizadas a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo – junio 2015.	57
Capitulo V.	67
5. Conclusiones y Recomendaciones.	67
5.1. Conclusiones.	67
5.2. Recomendaciones.	68
Capítulo VI.	69
6. Propuesta Alternativa.	69
6.1. Identificación de la propuesta.	69
6.2. Nombre de la propuesta.	69
6.3. Fecha de inicio.	69
6.3.1. Descripción de los beneficiarios.	69
6.4. Clasificación de la propuesta.	69
6.5. Ubicación sectorial y física.	70
6.6. Introducción.	70
6.7. Justificación.	70
6.8. Marco institucional.	71
6.9. Objetivos.	72

6.9.1. Objetivo General.	72
6.9.2. Objetivos Específicos.	72
6.10. Descripción de la Propuesta.	72
6.11. Responsable.	73
6.12. Factibilidad.	73
6.13. Sostenibilidad.	73
6.14. Diseño Metodológico.	73
6.15. Cronograma.	74
6.16. Presupuesto.	75
Anexos.	76
Bibliografía.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico N° 1. Paciente con succión digital.	35
Gráfico N° 2. Edad de los estudiantes revisados.	37
Gráfico N° 3. Sexo de los estudiantes revisados.	39
Gráfico N° 4. Tipo de dedo que se succiona.	41
Gráfico N° 5. Tipo de arco dentario.	43
Gráfico N° 6. Forma del arco dentario.	45
Gráfico N° 7. Efecto dental del maxilar superior.	47
Gráfico N° 8. Efecto dental del maxilar inferior.	49
Gráfico N° 9. Maloclusiones en pacientes con succión digital.	51
Gráfico N° 10. Forma del paladar en pacientes con succión digital.	53
Gráfico N° 11. Secuelas del dedo	55
Gráfico N° 12. ¿Su hijo se chupa el dedo?	57
Gráfico N° 13. ¿Recuerda usted que dedo chupa su niño o niña?	59
Gráfico N° 14. ¿Cuántos dedos se chupa su niño o niña?	61
Gráfico N° 15. Etapa en que el niño o niña se chupa el dedo.	63
Gráfico N° 16. En algún momento Ud. Ha notado cuando su niña o niño se chupa el dedo.	65

INTRODUCCIÓN.

La succión digital es un hábito común en la infancia que muchas veces llega ser considerada normal, probablemente está presente en más del 50% de los niños menores de 4 años.

Los riesgos dependen de la frecuencia, intensidad, duración y posición del dedo en la boca. Se han descrito alteraciones alvéolodentales asociadas a este hábito, incluyendo maloclusiones, resorciones atípicas de las raíces, mordida abierta, mordida cruzada y deformaciones faciales.

Otros problemas asociados a este hábito son la formación de callos, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros y deformación del dedo. Otros efectos negativos de este hábito pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. Se considera que el hábito es crónico si el niño succiona el pulgar en diferentes ambientes (en casa, en el colegio, etc.) y si ocurre por la mañana y por la noche.

La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño, también se valora el estrés como causa de este hábito, ya que es probable que los niños de hoy en día estén sometidos a grandes cargas de estrés desde edades tempranas.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo–junio 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo se caracteriza el hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo durante el periodo marzo–junio 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando informaciones disponibles en sitios web, en la revista Calle B, un artículo de Castillo y Gago¹ (2013), expone que:

La OMS plantea los hábitos deformantes bucales como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población infantil. Todos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular. Dentro de los más frecuentes podemos encontrar la succión digital, la protracción lingual, succión del biberón, chupetes, respiración bucal, queilofagia, onicofagia y hábitos posturales. (párr. 3).

¹Castillo, Y., Gago, M. (2013). Hacia una salud bucal satisfactoria. Calle B. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.calleb.cult.cu/index.php/pretextos/52-salud/405-hacia-una-salud-bucal%20-satisfactoria>

En Venezuela, el Dr. Oscar Quirós realizó un estudio que muestra evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales.

Continuando con la investigación en informaciones disponibles en sitios web, Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, un artículo de Quirós² (2010), cita que:

La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales así quedó evidenciado por un estudio realizado por el Dr. Oscar Quirós sobre las CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DE LOS NIÑOS DEL JARDÍN DE INFANCIA BEATRIZ DE ROCHE DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS IVIC en el cual concluyó que más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital. (párr. 4).

En Guayaquil, Ecuador se estudió la frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad.

Continuando con la investigación en informaciones disponibles en sitios web, Revista Medicina, un artículo de Faruki³ (2010), referencia que:

El objetivo principal es determinar la incidencia del hábito de la succión digital en niños de 5 a 12 años de edad en 3 escuelas de la ciudad de Guayaquil. Se estudió a 306 niños y la encuesta fue realizada sólo a niños con el hábito de succión digital positiva. Se encontró que la tasa de incidencia de la succión digital en niños de Guayaquil es de 2.800 por cada 10.000 habitantes. El rango

²Quirós, O. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

³Faruki, k. (2010). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Biblioteca virtual de la salud. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://editorial.ucsg.edu.ec/medicina/article/view/100/62>

de edad predominante es de 8 a 10 años (48% de la población). 58% de la muestra fue del género femenino. (párr. 1).

En Portoviejo, Manabí se realizó una investigación sobre la succión digital y su incidencia en la alineación de los dientes permanentes en los niños de las escuelas 12 de Marzo y República de México.

Analizando la Tesis en su versión digital de González y López⁴ (2013), expone que:

Mediante modelos de estudio se pudo observar de los 100 niños, tienen 47 un paladar profundo; debido a que el dedo es afirmado sobre el paladar provocando un cambio en su forma original por la presión ejercida al realizar la succión, así mismo se evaluó las alteraciones de mordida, en la que se logró confirmar que de los 100 niños 54 presentaron una mordida normal, las alteraciones con más frecuencia que se pudieron observar que fueron: la mordida profunda, con un total de 32 niños, y mordida abierta que se observó en 11 de los niños con succión digital, a pesar de que todos presentaban el hábito de succión digital la mayoría presento una forma de paladar normal, y una mordida normal. (pp.117 y 118).

No se encuentran datos de que en la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, se haya realizado alguna investigación sobre la caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años, por esta razón fue nuestro lugar de estudio.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es la prevalencia del hábito de succión digital en niños y niñas que asisten a la escuela fiscal 24 de Mayo N°2?

¿Cuál es la edad que predomina el hábito de succión digital?

¿Cuál es el género más afectado con el hábito de succión digital?

⁴González, J., López. G (2013). Succión digital y su incidencia en la alineación de los dientes permanentes en los niños en las escuelas 12 de Marzo y República de México. Universidad San Gregorio de Portoviejo. República del Ecuador. Disponible en: <http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T1205.pdf>

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo. Ciencias de la salud.

Área. Odontología.

Aspecto. Hábito de succión digital.

1.4.1. Delimitación espacial.

La investigación se desarrolló en la escuela fiscal 24 de Mayo N°2, cantón Portoviejo, provincia Manabí, república del Ecuador.

1.4.2. Delimitación temporal.

La investigación se realizó durante el periodo marzo–junio 2015.

1.5. Justificación.

La succión digital se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años, aunque la mayoría de los niños que comienzan a chuparse el pulgar interrumpen esta costumbre hacia los 2.5 - 3 años, en algunos casos este hábito permanece hasta edades entre los 6 y 12 años. Algunos autores han descrito una prevalencia de hasta el 6% en niños de 11 años. Las niñas son más afectadas que los niños en la proporción de 2.1.

La succión de los dedos es muy habitual en los niños, existen muchas causas; se ha hablado de trastornos de ansiedad, inestabilidad emocional en el niño, por tanto se busca orígenes psicológicos. Este hábito debe ser considerado fundamental para la salud en general, debido a que, si se lo realiza de manera frecuente, tiempo prolongado y a

edades avanzadas, dará como resultado problemas oclusales que si no son tratados, podrían desencadenar complicaciones serias.

El presente estudio sirvió de aporte a las ciencias de la salud, en el campo de la odontología, porque se investigó la caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, en el que se supo con exactitud de los 293 alumnos de primero a séptimo año básico, quienes presentaron el hábito y cuál de los dos géneros es el más afectado. Los resultados del mismo podrán ser utilizados como punto de partida para futuras investigaciones sobre todo por los datos estadísticos obtenidos respecto al tema.

Con esta investigación se beneficiaron los niños y niñas de la escuela. Se determinó la cantidad de niños con el hábito de succión digital y se comparó el hábito según la edad y sexo del niño, identificando las características clínicas de cada niño, y se determinó el tipo de hábito brindándole la información adecuada del tratamiento con el fin de evitar futuras complicaciones.

Este estudio fue factible porque para su desarrollo se contó con el apoyo y colaboración de autoridades del centro educativo y con los recursos bibliográficos, económicos y técnicos correspondientes para obtener los mejores resultados.

La importancia de la investigación radica en que se conoció los efectos que se producen a nivel dentario, a nivel óseo, de la oclusión y a nivel funcional, logrando tener a futuro paladar profundo, forma de arco dentario ovoide presencia de diastemas y mordida profunda. Con lo cual se pretendió prevenir el hábito de succión digital, con la

finalidad de que los padres de familia, así como todos quienes forman parte de la comunidad educativa tengan conocimiento sobre la problemática identificada.

1.5.1. Objetivos.

1.5.2. Objetivo general.

Caracterizar el hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2.

1.5.3 Objetivos específicos.

Determinar el sexo y edad que predomina el hábito de succión digital.

Establecer el tipo de hábito de succión digital predominante en la población de estudio.

Identificar las características clínicas de los niños y niñas con succión digital.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Categoría fundamental.

2.1.1. Hábito.

Analizando la obra de Ustrell y Duran⁵ (2002) cita que:

El hábito es una forma de hacer incontrolada y automática, involuntaria, repetitiva y permanente en el tiempo, que nos puede producir una modificación de posición de los dientes y de la forma y relación entre los maxilares, alterando el crecimiento y la función de la musculatura orofacial.

Los hábitos deben diferenciarse de otras formas causales de alteración en el desarrollo de la matriz orofacial, como son las tradiciones, acciones o costumbres transmitidas de una generación a otra, a las que se les atribuye efectos físicos o espirituales y que son de ejecución generalizada; las costumbres de uso, acciones repetitivas de ejecución consciente relacionadas con algún tipo de ejercicio o con el uso de algún instrumento musical de viento como el clarinete; y las terapéuticas iatrogénicas, efectos no deseados de un tratamiento que tienen carácter obligatorio y ajeno a la voluntad del paciente.

Los hábitos se pueden clasificar en: primarios, secundarios y combinados. Los primarios son los originarios, desencadenados por un factor etiológico y son de origen espontáneo por deficiente maduración funcional. Los secundarios son los que se producen como consecuencia de las alteraciones morfoestructurales provocadas por el hábito primario.

Los hábitos combinados son la coexistencia de un hábito primario con un secundario.

Hábito se define también como una costumbre que nos producirá una acción mecánica que a la vez provocara deformación. Todas las funciones que se realizan en la cavidad oral durante el periodo infantil (respiración, succión, deglución, masticación y fonación) estimulan el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Todo lo que altere esta función puede deformar el hueso alveolar, que es muy lábil, y alterar en consecuencia la posición de los dientes y, a largo plazo, las bases óseas. El grado de deformación dependerá de la intensidad, frecuencia y duración del hábito, de si hay hábitos secundarios añadidos y del patrón morfogenético, ya que los dolicocefálicos tendrán peor prognatismo.

⁵Ustrell, J. Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Universitat de Barcelona.

Podemos considerar que son hábitos orales:

Succión anormal

Biberón

Chupete

Succión digital

Succión de los labios

Protracción lingual

Propulsión mandibular

Otros hábitos

Posturales

Onicofagia

Morder lápices o bolígrafos

Chupar cables eléctricos (p. 204-205).

Analizando la obra de Casasa, Rodríguez y Natera⁶ (2007) cita que:

Un hábito puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición de acto, que comienza de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación el habla y deglución, considerados fisiológicos y funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser del dedo, chupón o labio, la respiración bucal, interposición lingual en reposo y deglución infantil (p.272)

Investigando la obra de Díaz y García⁷ (2008) expone que: “El hábito deja huella, predispone. No se adquiere de hoy para mañana. Requiere la repetición, la constancia. Hace la cosa fácil rápida y placentera. El que ha adquirido un hábito, puede empezar con otro (p.104)”.

⁶Casasa, R., Rodríguez, E. y Natera, A. (2007). 1. 001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

⁷Díaz, S., García, M. (2008). Escuela de desarrollo de hábitos. (2da Edición). Reino de España: Díaz de Santos.

2.1.2. Hábitos generales.

Continuando los análisis en informaciones disponibles en sitios web Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, un artículo de Morán y Zamora⁸ (2015), cita que:

Fisiológicos: Ante la presencia de estímulos como el hambre, la sed, la micción, etc.

Sociales: "Son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura".

Físicos: son aquellos que llegan a producir posiciones determinadas a algunos estímulos inespecíficos condicionando la conducta del individuo, por ejemplo la posición para dormir, leer, ver televisión, etc. Estos hábitos generalmente se acompañan de deformaciones somáticas como la sifosis.

Mentales: Formas de actuar que se adquieren para ejercicio de la mente, acumular conocimientos o para reaccionar sin discernimiento especial ante las ideas o ante las personas.

Sexuales: conducta especial en razón de la satisfacción sexual. (párr. 7).

2.1.3. Tipos de hábitos.

Continuando con la investigación en informaciones disponibles en sitios web, Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, un artículo de Lugo y Toyo⁹ (2010), cita que:

Hay dos tipos de hábitos:

Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal.

Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal. (párr. 5).

⁸Morán, V., Zamora, O. (s.f.). Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/pdf/art4.pdf>

⁹Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos Orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf?>

2.1.4. Causa del hábito.

Consultando informaciones disponibles en sitios web, en la revista Scielo, un artículo de Narváez, Muñoz, Villota y Mafla¹⁰ (2010), exponen que:

La presencia de hábitos orales en los niños puede ser causada por el cambio de dentición, cambios hormonales y emocionales que producen situaciones estresantes, además pudiera influir en su aparición el ambiente en el que se desarrollan.

Estos, también se han asociado a afecciones neuropáticas, frustración, aburrimiento, fatiga, conflicto emocional, inmadurez emocional, falta de atención de los padres al niño, cambios en el ambiente familiar, como el nacimiento de un hermano, ingreso del niño a la escuela, violencia intrafamiliar, violencia en el medio ambiente del niño. En este sentido, por ser niños escolares, otro factor de desarrollo de hábitos puede ser la exigencia académica, por ejemplo, ella depende del tipo de colegio y el lugar donde se encuentre, no es igual la ciudad a un ambiente rural. Igualmente, las condiciones socio-económicas que llevan consigo cargas adicionales a la familia, y en el caso particular a los niños. (párr. 7).

2.1.5. Clasificación de los hábitos según la forma de actuar.

Investigando la obra de Jiménez¹¹ (2012) expone que:

Deformación por succión: dedos, chupete, lengua, mejilla, labios.

Deformaciones por morder: uñas (onicofagia), lápices.

Deformaciones por deglutir incorrectamente: deglución infantil, con interposición lingual al deglutir.

Deformaciones por interposición muscular simple: labios, mejillas.

Deformaciones por presión activa intrabucal: lengua.

Deformaciones posturales, por presión exterior: dormir, estudiar.

Deformaciones profesionales: cristaleros, músicos (instrumentos de viento, violín).

Hábitos masoquistas.

Bruxismo. (p. 398).

¹⁰Narváez, M., Muñoz, Y., Villota, C., y Mafla, A. (2010). Hábitos orales en niños de 6-10 años de la Escuela Itsin de San Juan de Pasto. Scielo. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072010000100004&script=sci_arttext

¹¹Jiménez, M. (2012). Odontopediatria en atención primaria. Reino de España: Vertice.

2.1.6. Clasificación etiológica de los hábitos

Consultando nuevamente la obra de Casasa, Rodríguez y Natera¹² (2007) cita que:

Instintivos: Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tomarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.

Placenteros: Algunos hábitos se tornan placenteros, como la succión digital o del chupón.

Definitivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., en donde la respiración bucal se torna un Hábito defensivo.

Hereditarios: Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario, pueden acarrear un hábito relacionado a dicha malformación, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales y lengua bífida.

Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendidos, aun después de intervenidos quirúrgicamente, las conocidas golpe glótico para las fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas S y Ch.

Imitativos: La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, son ejemplos de actitudes imitativas. (p. 273)

2.1.7. Interceptores de hábito.

Analizando la obra de Quirós¹³ (1993) describe que:

La intercepción de hábitos, como: sucesión de dedos, protusión lingual, deglución atípica, etc. ha sido una gran preocupación para odontopediatras y ortodoncistas.

Gusanos acrílicos

Consisten en una placa removible superior, con una porción acrílica alargada en la zona del rafe medio, y actúan como recordatorio de que no debe succionarse el dedo.

Botones acrílicos

Es una placa acrílica superior se coloca un pequeño botón o prominencia a nivel de la rugosidades, ejerce como recordatorio de la posición de la lengua al deglutir.

Rejilla metálica

Puede ser removible o fija soldada a bandas en aquellos pacientes con hábitos muy arraigados y/o difíciles de manejar. Las rejillas pueden ser confeccionadas tanto en la arcada superior como en la inferior según la necesidad. (p.p. 76, 77 y 78).

¹²Casasa, R., Rodríguez, E. y Natera, A. (2007). 1. 001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

¹³Quirós, O. (1993). Manual de Ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva. República de Colombia: Actualidades médico odontológicas Latinoamérica.

2.2. Definición de la succión digital.

Investigando la obra de Posada, Gómez y Ramírez¹⁴ (2005) expone que:

Es el hábito oral más común. Se considera normal el hecho de que los lactantes succionen sus dedos: aproximadamente un 33% de los niños de dos años y medio mantienen el hábito de chuparse el dedo (más frecuente mente el pulgar); otra tercera parte utiliza sustitutos artificiales. Esta costumbre va disminuyendo progresivamente con la edad; a los once años de edad puede persistir hasta en el 16% de los niños y es rara a partir de los quince años.

Se invoca como uno de los elementos causales de este hábito el hecho de que el niño nace con un instinto de succión muy intenso y que a su vez deriva una gran satisfacción de la acción de chupetear, como componente de la etapa oral del desarrollo; por eso se considera que el chupeteo es una actividad instintiva normal durante los dos primeros años de la vida, que sirve para que el lactante se tranquilice a sí mismo, obteniendo una sensación de bienestar.

La persistencia del hábito de succión más allá del periodo del lactante se ha relacionado con condiciones de ajuste emocional o estrés por parte del niño. De hecho, es usual que el niño recurra a la succión digital cuando esta angustiado, nervioso o fatigado. Sin embargo, no existe consenso sobre la interpretación de esta conducta y las posiciones van desde estas, que la relación con dificultades emocionales, hasta otras en las que no se le da ninguna importancia, con la seguridad de que desaparecerá espontáneamente en la medida en que el desarrollo emocional del niño siga su curso normal.

A este hábito se le ha imputado la producción de secuelas de tipo dental, como la maloclusión, caracterizada por mordida abierta anterior, desplazamiento anterior del maxilar y mayor profundidad de la cúpula palatina. Hay un relativo consenso en numerosos estudios en el sentido de que es difícil que ocurran estas secuelas antes de los cuatro años de edad.

La mayoría de los niños abandonaran el hábito de succión en forma espontánea. A pesar de los múltiples métodos que se han diseñado con el fin de hacerlo desaparecer, como los condicionamientos psicológicos positivos y negativos y el diseño de aparatos ortodóncicos, es usual que la desaparición del hábito ocurra en forma espontánea, a edades variables, siendo rara su persistencia más allá de los quince años de edad. (p.206).

¹⁴Posada, A., Gómez, J. & Ramírez, H. (2005).El niño sano. República de Colombia: Medica Panamericana.

Investigando informaciones disponibles en sitios web, Guioteca, Succión digital: ¿Qué riesgos tiene y cómo la detengo?, un artículo de Martínez¹⁵ (2012), cita que:

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 produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Por lo que si al año de edad, ha adoptado este hábito, es recomendable intentar sustituirlo por chupete.

Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad y una rica sensación de contacto. La mayoría de las veces el niño lo realiza cuando está cansado, con sueño, pena, etc. También cuando está solo, ya sea antes de dormir o viendo televisión. (párr. 1).

Analizando la obra de Borrás y Rosell¹⁶ (2005) describe que:

El recién nacido manifiesta el hábito de succión como reflejo de supervivencia que suele mantenerse más allá de la tetina o de la alimentación con el pecho de la madre, prolongándose por razones de costumbre o aprendizaje. Aunque muchos niños abandonan este hábito alrededor de los tres años de edad, otros buscan la succión del dedo (casi siempre el dedo pulgar) como método para autosatisfacerse, vencer el aburrimiento o buscar el sueño. La presencia del hábito de chuparse el dedo más allá de los tres o cuatro años hace que las fuerzas de presión al succionar el dedo produzca sobre los dientes incisivos una alteración de su posición, dependiendo de la frecuencia y de la intensidad de dicho hábito.

Este hábito ha sido relacionado tradicionalmente con las maloclusiones de clases II y con las mordidas abiertas también está relacionado con el paladar alto y los perfiles faciales prognáticos. El uso de la rejilla palatina fija es el más extendido desde el punto de vista ortodóncico como prevención. No obstante, a edades tan tempranas, los padres no suelen acudir al ortodoncista cuando la dentición aun es temprana. El hábito puede permanecer durante la dentición permanente o ser sustituido por otros hábitos de succión. (p. 35).

¹⁵Martínez, C. (2012). Succión digital: ¿Qué riesgos tiene y cómo la detengo?. Guioteca. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

¹⁶Borrás, S. Rosell, V. (2005). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. República Federativa del Brasil: Nau Llibres.

Consultando informaciones disponibles en sitios web, Dialnet, Tratamiento de succión digital en niños, un artículo de Restrepo¹⁷ (2009), expone que:

La succión digital es un comportamiento común en niños que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos.

Consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. (párr. 1).

Analizando la obra de Sánchez¹⁸ (2007) cita que:

El hábito de succionar es una necesidad satisfactoria que es parte normal del desarrollo del mismo y por ello se genera desde el vientre materno. Se sabe que el reflejo de succión aparece aproximadamente desde la semana 16 y puede ser observado durante el ultrasonido rutinario que el niño se succiona su dedo pulgar, esto al nacimiento está bien desarrollado y conforma lo reflejos de búsqueda y succión. (p. 16)

Analizando la obra de Selakovic¹⁹ (2007) considera que:

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o dos dedos (generalmente el pulgar) en cavidad oral. Es el más frecuente de los hábitos orales patológicos, que pueden presentar los niños y la mayoría de las veces implica una contracción activa de la musculatura perioral. La succión digital también es considerada una relación senso-motora, resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido; estimulada por olores, sabores, y cambios de temperatura. Además de ser una respuesta a estímulos en zona bucal y perioral (p.141).

¹⁷Restrepo, C. (2009). Tratamiento de succión digital en niños. Dialnet. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/comandato/Downloads/Dialnet-TratamientoDeSuccionDigitalEnNinosRevisionSistmati-4951554%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/comandato/Downloads/Dialnet-TratamientoDeSuccionDigitalEnNinosRevisionSistmati-4951554%20(1).pdf)

¹⁸Sánchez, C. (2007). Protegiendo los dientes de tu bebe. República de Bolivia: Bolivia dental.

¹⁹Selakovic, V. (2007). Ortodoncia preventiva e interceptiva. Reino de España: Madrid.

Consultando informaciones disponibles en sitios web, Bioline Internacional, revista Colombia médica, Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños, un artículo de Villavicencio y Hernández²⁰ (2001), expone que:

La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, agrava la severidad de las anomalías, pues la sobremordida horizontal aumentada y la mordida abierta anterior dificultan la deglución normal, retardan su maduración y crean mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución y poder llevar a cabo el selle anterior en el momento de la deglución, lo cual también pueden afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras.

La succión prolongada del dedo puede acarrear dificultades emocionales en el infante pues genera síntomas de frustración en el niño que quiere dejar el hábito y no puede; esto retarda su madurez emocional y le crea dificultades para obtener satisfacción de actividades propias de su edad por lo que se aísla y se vuelve introvertido.

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital que pueden emplearse con buenas expectativas si se evalúa con detenimiento el entorno sociofamiliar del niño y su desarrollo emocional, al contribuir a eliminar una fuente de conflicto y prevenir el desarrollo de una maloclusión severa y otras alteraciones". (párr. 13).

Investigando la obra de Correa y Salete²¹ (2009), cita que:

La mayoría de los niños portadores del hábito se chupan el dedo pulgar, más encontramos aquellos que usan el dedo índice, y una minoría que chupan ambos dedos el pulgar e índice y aun otros dedos. Cuando se succionan el pulgar este se posiciona presionando las rugosidades del paladar, el índice se apoya muchas veces sobre la punta de la nariz o doblado con los demás dedos. (p.47).

²⁰Villavicencio, J., Hernández, J. (2001). Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños. Revista Colombia médica. Bioline internacional. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc01025>

²¹Correa, P., Salete, M. (2009). Salud bucal del bebe al adolescente. República federativa del Brasil: Nacional.

2.2.1. Teorías sobre el desarrollo de la succión digital.

Analizando nuevamente la Tesis en su versión digital de Gonzáles y López²² (2013), expone que:

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 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

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. (p. 15).

2.2.2. Factores que modifican la acción del Hábito de Succión.

Investigando nuevamente la obra de Casasa, Rodríguez y Natera²³ (2007) transcribe que:

Duración: por su duración puede ser clasificados en:

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

Pre-escolar (de 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.

Escolar (de 6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoalveolares.

²²González, J., López, G. (2013). Succión digital y su incidencia en la alineación de los dientes permanentes en los niños en las escuelas 12 de Marzo y República de México. Universidad San Gregorio de Portoviejo. República del Ecuador. Disponible en: <http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T1205.pdf>

²³Casasa, R., Rodríguez, E. y Natera, A. (2007). 1. 001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

Frecuencia: pueden ser intermitentes (diurnos), o continuos (nocturnos), hay niños que succionan a cualquier hora del día y otros que solo en las noches o para dormirse.

Intensidad:

Poco intensa: cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente de los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo si no distraídamente la punta del dedo.

Intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

La edad en la que se inicia el hábito. Cuanto antes comience el hábito, más elevado será el daño, ya que a edades más tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable. (pp. 273 y 274).

2.2.3. Etiología del hábito de succión digital.

Investigando nuevamente la obra de Casasa, Rodríguez y Natera²⁴ (2007) cita que:

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico; al no fatigar al bebe impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su instinto natural de succión. Los hábitos de succión tardíos son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes, o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento. Así, algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia.

Se ha observado también que el estrés es un estímulo fuerte en el desarrollo del hábito de succión de dedo. Es probable que este sea una de las causas de su alta frecuencia, considerando que los niños hoy en día son sometidos a estrés desde temprana edad. (p. 275).

²⁴Casasa, R., Rodríguez, E. y Natera, A. (2007). 1. 001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

2.2.4. Etapas de la succión.

Continuando con la investigación en informaciones disponibles en sitios web, Ortodoncia Ws. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, un artículo de Gonzáles, Guida, herrera y Quirós²⁵ (2012), cita que:

La succión podría explicarse en 3 etapas:

Etapas I (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.

Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapas II (Succión del pulgar clínicamente significativo):

De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad.

Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.

Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

Definir programas de corrección.

Etapas III (Succión del pulgar no tratada):

Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.

Requiere tratamientos ortodóncicos y psicológico. (párr. 7).

2.2.5. Tipos de hábitos de la succión.

Examinando nuevamente las informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, un artículo de Gonzáles, Guida, herrera y Quirós²⁶ (2012), expone que:

Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

²⁵Gonzáles, M., Guida, G., Herrera, D. y Quirós, O. (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. Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

²⁶Gonzáles, M., Guida, G., Herrera, D. y Quirós, O. (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. Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

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 retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (párr. 12).

2.2.6. Características clínicas y efectos del hábito de Succión Digital.

Continuando con la investigación de la obra de Ustrell y Durán²⁷ (2002) cita que:

La succión digital ocasiona efectos de tipo dental, ortopédico, funcional y de remodelación dentoalveolar.

Efecto dental

El sector anterior de la arcada hay un bloqueo de la erupción de los incisivos inferiores y superiores con la consiguiente aparición de una mordida abierta anterior y un resalte moderado. Los incisivos superiores labioversionan mientras que los inferiores versionan hacia lingual.

Al mantener la boca abierta (por la presión del pulgar), en el sector lateral de la arcada se produce un espacio libre y una ausencia de contacto oclusal con lo que los molares se extruyen además aparece relación molar de clase II de Angle.

Efecto ortopédico

Frecuentemente aparece protusión de la zona premaxilar (arcada superior en forma de V). Otros efectos ortopédicos son la estimulación del crecimiento sutural de los maxilares y el favorecimiento de la postero-rotación mandibular.

Efecto funcional

La introducción del dedo en la cavidad bucal reduce el espacio intraoral habitable y se favorece la posición lingual baja y la deglución infantil. La mordida abierta anterior permite la interposición del labio inferior.

Remodelado dentoalveolar

En el sector incisivo aparecen aposición y reabsorción ósea y en la zona molar hay aposición (extrusión molar). (p. 125).

²⁷Ustrell, J. Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Universitat de Barcelona.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web Propdental, un artículo de ortodoncia²⁸ (2013) transcribe que:

Las arcadas dentarias se estrechan, con más intensidad.
Los dientes anterosuperiores se vestibulizan.
Protrusión dentaria y diastemas.
Mordida abierta anterior.
Paladar estrecho y hundido, provocado por la presión del dedo.
Los incisivos inferiores están lingualizados.
Incompetencia labial.
Problemas de lenguaje: “ceceo”.
Deformación de los dedos.
Mayor riesgo de alteraciones gastrointestinales, de infecciones y envenenamiento por contacto de los dedos dentro de la boca constantemente.
Aunque hemos descrito todos los efectos bucales que pueden aparecer por succión del dedo, no todos los niños que tienen este hábito presentan los arcos dentarios deformados y maloclusión. (párr. 5).

Nuevamente analizando la obra de Ustrell y Durán²⁹ (2002) cita que:

Cuando efectuamos la exploración y sospechamos un hábito de esas características, hemos de observar los dedos, especialmente el pulgar, para ver la presencia de roces o excoriaciones. La persistencia del hábito una vez superada la fase de la dentición temporal producirá alteraciones dentarias y deformaciones óseas:

A nivel dentario
Labioversión de los incisivos superiores
Linguoversión de incisivos inferiores
Bloqueo de la erupción de los incisivos
Extrusión de molares, por ausencia de contacto
A nivel óseo
Protrusión de la premaxila
Estimulación del crecimiento sutural del maxilar
Elevación palatal, con contracción maxilar
Tendencia a la posterorotación mandibular
A nivel de la oclusión
Mordida cruzada unilateral
Por la contracción maxilar
Por desviación funcional mandibular
Relación molar de clase II
Resalte
Mordida abierta anterior
A nivel funcional
Reducción del espacio de la capsula bucal

²⁸Propdental. (2013). Succión digital. Ortodoncia. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/ortodoncia/succion-digital/>

²⁹Ustrell, J. Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Universitat de Barcelona.

Posición baja de la lengua
Deglución atípica (p. 214).

Analizando la obra de Boj, Catalata, García y Mendoza³⁰ (2012), describe que:

Secuelas del dedo

En la exploración de los dedos sometidos a la succión estarán enrojecidos excepcionalmente limpios con una uña corta. En casos más severos, puede haber callosidades en la zona del dorso de los dedos en contacto con piezas dentarias, de esta manera, el estado de los dedos, puede permitir estimar la intensidad y frecuencia de la práctica de succión. (p.535)

Investigando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo³¹ (2010) cita que:

Otros efectos físicos y funcionales.

Deformación de los dedos: algunos estudios han demostrado que la succión digital prolongada produce deformidades en los dedos por mucho tiempo solo pueden ser corregidas quirúrgicamente.

Eccema o infecciones por hongos en los dedos.

Aumento de riesgo de envenenamiento accidental: al introducir en la boca el dedo que ha estado en contacto con alguna sustancia tóxica.

Hábitos paralelos: muchos niños que se succionan el dedo, tienden a presentar hábitos paralelos. Algunos de estos son perniciosos como tirarse del cabello; esto puede llevar a alopecia en algunos niños.

Problemas de lenguaje. (p.p. 661 y 662).

³⁰Boj, J., Catalá, M., García, C. y. Mendoza, A. (2010). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.

³¹Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010) Odontología Pediátrica: La salud bucal el niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina. Medica Panamericana.

2.2.7. Maloclusión.

Examinando las informaciones disponibles en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana, un artículo de Fuziy, Ishikawa., Ferreira, Tapia, Cotrim y Furquim³² (2011), cita que:

Entre los factores extrínsecos que causan la maloclusión, 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, malposiciones dentarias, desórdenes fisiológicos de la fonación y respiración. Por otra parte, los hábitos bucales deletéreos agravan la maloclusión tornando más difícil el tratamiento y la contención. No podemos olvidar también que la forma y la función deben estar siempre juntas, porque una corrección ortodóncica podrá ser mantenida, si la oclusión alcanzada al final del tratamiento se encuentra en equilibrio con la musculatura del paciente.

La forma de la arcada superior puede ser modificada en pacientes succionadores digitales provocando remodelado en la región anterior. Observándose la aparición de diastemas, inclinación vestibular y protrusión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior. La causa de la mordida abierta en estos casos se atribuye a la inhibición del crecimiento vertical de la región anterior del proceso alveolar, y no a la falta de erupción de los incisivos. En los casos de mordida abierta asimétrica, la mordida cruzada se manifiesta debido a que la actividad del músculo buccinador es mayor en ese lado. En el segmento posterior del arco, la maloclusión, cuando existe, se manifiesta en forma de atresia del maxilar superior con mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral, dependiendo del grado de atresia. Se observa que la relación entre succión digital, mordida cruzada posterior y relación molar de Clase II de Angle es significativa. (párr. 2).

Maloclusiones clase II.

Continuando con la investigación en informaciones disponibles en sitios web Geodental un artículo de Natera, Rocha, Rodríguez y Casasa³³ (2004), hace referencia que:

La maloclusión clase II es la desarmonía dentoalveolar más frecuente en la población de raza blanca. También llamada distoclusión, puede ser resultado de una mandíbula retrógnata de un maxilar prógnata o una combinación de ambos. Según la clasificación de Angle, esta maloclusión aparece cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior permanente.

³²Fuziy, A., Ishikawa, E., Ferreira, R., Tapia, J., Cotrim, F. y Furquim, D. (2011). Características faciales y oclusales en niños con hábitos bucales. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/2/art3.asp>

³³Natera, A., Rocha, A., Rodríguez, E., y Casasa, R. (2004). Características de las maloclusiones clase II. Geodental. [En línea]. Consultado: [16, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.geodental.net/article-8444.html>

Esta maloclusión a su vez presenta dos subdivisiones:
Clase II subdivisión 1
Clase II subdivisión 2
Características dentales de la clase II subdivisión 1:
Resalte incisivo excesivo.
Mordida anterior profunda.
Curva de Spee acentuada.
Desgaste de los incisivos.
Proclinación dental superior e inferior.
Arcos estrechos y con apiñamientos.
Características dentales de la clase II subdivisión 2
Distoclusión con retrognatismo mandibular.
Retroinclinación de los incisivos centrales superiores.
Proclinación de los laterales superiores.
Mordida profunda.
Exagerada curva de Spee.
Arco mandibular presenta poco o nada de apiñamiento.
No existen problemas en la musculatura.
Alteraciones en la articulación temporomandibular. (párr. 1).

Mordida abierta anterior.

Continuando con la investigación en informaciones disponibles en sitios web Scielo un artículo de Alcaraz, Bordón y Ríos³⁴ (2012), cita que:

La mordida abierta anterior se puede definir como la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas. En función del origen del problema, la mordida abierta anterior se clasifica en: dentoalveolar, esquelética, o una combinación de ambas. Como regla general, la presencia de 3 milímetros o más de mordida abierta anterior refleja un problema esquelético. Esta situación clínica puede ir acompañada de cualquier otra deformidad dentofacial.

Existen rasgos físicos faciales que característicamente se presentan en los pacientes con mordida abierta anterior: alargamiento vertical de la cara, incompetencia labial, tensión de la musculatura perioral, aplanamiento del labio superior, borramiento del surco labiamental, falta de proyección anterior del mentón. Asimismo es frecuente encontrar disfunciones de ATM, con sintomatología dolorosa ocasional y presencia de ruidos articulares.

La mordida abierta dental en el sector anterior, y cruzada posterior son dos tipos de mordidas más frecuentes que pueden encontrarse principalmente en niños, seguido en jóvenes y también adultos con menos frecuencia.

³⁴Alcaraz, C., Bordón, J. y Ríos, D. (2012). Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados. Scielo. [En línea]. Consultado: [16, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032012000200004&script=sci_arttext

La mordida abierta anterior se ha descrito clásicamente como una deformidad de etiología multifactorial. Algunos factores etiológicos que determinan la aparición de una maloclusión de este tipo son: hábitos alterados durante el crecimiento; chupeteo del dedo pulgar, disfunción lingual: interposición lingual, deglución atípica, deficiente erupción de dientes anteriores, o excesiva erupción de dientes posteriores, o combinación de ambas, alteración de crecimiento de las bases esqueléticas maxilares: altura facial posterior excesiva, retrognatia mandibular severa, rama ascendente mandibular excesivamente corta, síndrome de cara larga, y trastornos morfológicos condilares como la reabsorción condilar idiopática, secuelas de traumatismos condíleos, necrosis avascular.

La presencia de este desorden oclusal mayormente en niños se debe a diferentes factores tales como los hábitos, el más frecuente por succión digital, el uso de chupete durante mucho tiempo, la respiración bucal y en menor frecuencia pero no menos importante la carga genética. (párr. 9).

Mordidas Cruzadas.

Investigando la obra la obra de Gill y Naini³⁵ (2013) cita que:

Las mordidas cruzadas pueden ser bucales o linguales, unilaterales o bilaterales y pueden estar o no asociadas a desplazamientos mandibulares. En términos de etiología, se ha observado que puede contribuir la influencia genética como es el patrón esquelético anteroposterior y algunos aspectos del medio ambiente, entre ellos el hábito de succión digital o la respiración bucal. Las mordidas cruzadas, en ausencia de discrepancia esqueléticas importantes, son un buen ejemplo para ilustrar la influencia ambiental de los labios, carrillos y lengua sobre el arco maxilar y mandibular y la teoría del equilibrio. Esta propone que las partes dentoalveolares de la mandíbula están en una zona neutral donde las fuerzas de los tejidos blandos de los labios y lengua se encuentran en un equilibrio bucolingual; el cual es interrumpido tanto por la succión digital como la respiración bucal, con una posición lingual inferior.

Al mismo tiempo, un incremento en la presión bucal proveniente de los carrillos sobre la arcada maxilar causa un estrechamiento maxilar y un arco mandibular más amplio. Las mordidas cruzadas unilaterales con un desplazamiento mandibular, por lo general, presentan un estrechamiento maxilar bilateral y simétrico y es justo esta desviación mandibular, la responsable de crear este tipo de mordidas. (p.15).

³⁵Gill, D., Naini, F. (2013). Ortodoncia principios y práctica. Estados Unidos Mexicanos: Manual moderno.

2.2.8. Diagnóstico.

Consultando la tesis en su versión digital de Avendaño³⁶ (2012), se conoce que:

Cuando un paciente tiene una maloclusión o mordida abierta en la dentición primaria o permanente, el dentista siempre debe sospechar un hábito bucal. La mayoría de los pacientes admitirán el hábito, pero en caso de no hacerlo con el examen de las manos y dedos del paciente, proporcionará esta información; en presencia de nueve dedos o uñas sucios, un dedo o un pulgar pueden estar perfectamente limpios y tener un callo. Es posible que el padre o tutor y el niño no se han dado cuenta del hábito que tiene, ya que este lo realiza durante la noche, entonces se le pedirá al padre que observe al niño cuando éste duerme. (p. 19).

2.2.9. Corrección del hábito de succión.

Analizando nuevamente la obra de Casasa, Rodríguez y Natera³⁷ (2007) describe que:

Si se quiere eliminar el hábito, es preciso tener mucho cuidado, pues desde el punto de vista freudiano, una interferencia abrupta, puede provocar la aparición de tendencias antisociales, mucho más difícil de convivir con ellas que el propio hábito. Por tal motivo, queda evidentemente clara la importancia de la información psicológica en el odontólogo para poder detectar el problema y pueda referirlo al especialista para su adecuado tratamiento o para el complemento de su terapia odontológica.

La simple colocación de una placa de Hawley, impedirá el contacto del dedo con el paladar, perdiendo así el placer de la succión y, de forma gradual el niño eliminara el hábito.

Puede incluirse en esta placa una rejilla que servirá solamente como recordatorio, pero el niño deberá conocer la función del aparato.

Es preciso tener presente que la maloclusión, puede corregirse en cualquier época, mientras que un problema psicológico serio, puede persistir toda la vida, con secuelas mucho más graves que la propia maloclusión.

La decisión de interferir con un hábito de succión no nutritiva en la dentición primaria, debe basarse en los factores siguientes:

Si el hábito digital se vincula con una maloclusión de clase II en desarrollo, la maloclusión esquelética en general empeora mientras el hábito continúa.

³⁶Avendaño, k. (2012). Evaluación de la presencia de hábitos bucales en niños de edad escolar. Universidad Veracruz. Facultad de Odontología. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35724/1/avendanogarciakarla.pdf>

³⁷Casasa, R., Rodríguez, E. y Natera, A. (2007). 1. 001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

Si el niño está desarrollando una maloclusión clase III o es prognático, se piensa que los hábitos digitales son menos perjudiciales e incluso pueden ser beneficiosos para el desarrollo dental

Las mordidas abiertas anteriores secundarias el hábito digital por lo regular no necesitan ser tratadas, porque en general hay corrección espontánea después de abandonar el hábito, sobre todo si este cesa antes de los 3 años de edad

La actitud del niño: en todos los casos es importante para el infante que se involucre en la toma de decisiones, para que este no considere la intervención como un castigo. (p.276 y 277).

2.2.10. Tratamiento del hábito de succión digital.

Analizando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo³⁸ (2010) describe que:

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

Determinar la frecuencia e intensidad: el hábito es 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: muchos niños mantienen la succión digital como una manera de enfrentarse a los padres que insisten en que dejen de succionarse el o los dedos.

Una primera estrategia es simplemente ignorarlo por unas semanas.

Instituir el tratamiento en dos fases: si la succión digital persiste, es recomendable iniciar el tratamiento con estrategias no invasivas y, si el niño no responde, iniciar el uso de técnicas invasivas como el aparato rompehábitos.

Tratamientos no invasivos

Hablarle a los padres y a los niños: cuando los padres están cerca de los niños y les repiten que cesen de succionarse el dedo cada vez que los ven hacerlo, estos disminuyen la frecuencia de succión digital (Ellingson y Cols., 2000). También se los puede felicitar cada vez que no se succionen el dedo y esto parece ser eficaz (Larsson, 1988). Si se brinda información a los padres acerca de las consecuencias de la succión digital prolongada y los riesgos de una maloclusión, tienden a preocuparse más por el problema (Larsson, 1988). Otra manera de tratar el hábito es hablar con los niños y apelar a su madurez y responsabilidad. Este método funciona mejor en niños mayores que pueden sentir presión social para detener el hábito (Pinkham y Cols., 1999).

Refuerzo positivo (premios): un método que ha demostrado cierto éxito es la concesión de un premio si el niño deja de succionarse el dedo. (Lichstein y Cols., 1980; Ross, 1974). También se puede dar al paciente un calendario y pedirle

³⁸Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010) Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina. Medica Panamericana.

que pegue unas estrellitas o stickers cada vez que no se succione el dedo, la séptima estrella, por ejemplo se le puede dar un premio (De La Cruz y col., 1983; Cipes y Cols., 1986).

Tiempo de descanso (time out): un estudio investigo la lectura de cuentos a la hora de dormir en niñas que se succionaban el dedo. Al inicio, la madre le leía un cuento a la niña. Durante las condiciones experimentales se dejaba de leer el cuento cada vez que la niña se succionaba el dedo, y se retomaba cada vez que la succión digital era interrumpida. De esta manera se logró eliminar el hábito de succión. (p. 662).

2.3. Arcos dentarios.

Consultando la obra de Jamain³⁹ (2011), en el cual se cita que: “Cada arco dentario presenta una curva regular no interrumpida; la curva del arco superior es más extensa que la del inferior; del tal modo que los dientes incisivos superiores se deslizan por delante de los inferiores”. (p. 51).

2.4. Tipo y forma de los arcos dentarios.

Consultando nuevamente la Tesis en su versión digital de Gonzáles y López⁴⁰ (2013), cita que:

Forma de los arcos dentarios.

Triangular: largo y angosto en forma de “V”, corresponde a un individuo dolicocefalo y dolicofacial.

Cuadrado: ancho en forma de “U” corresponde a un individuo braquicefalo y braquifacial.

Ovoide: promedio. Corresponde a un individuo mesocéfalo y mesofacial.

Tipos de arcos dentarios.

Alineado: Piezas dentarias ubicadas en buena posición manteniendo el punto de contacto entre ellas.

Apiñado: Cuando las piezas dentarias están en posición irregular.

³⁹Jamain, A. (2011). Tratado Elemental de Anatomía Descriptiva y de Preparaciones Anatómicas. Reino de España: Maxtor.

⁴⁰González, J., López, G (2013). Succión digital y su incidencia en la alineación de los dientes permanentes en los niños en las escuelas 12 de Marzo y República de México. Universidad San Gregorio de Portoviejo. República del Ecuador. Disponible en: <http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T1205.pdf>

Diastemas: se pierde el punto de contacto entre dos piezas existiendo un espacio entre ellas. (p. 35).

2.5. Paladar profundo y estrecho.

Investigando la obra de Janer⁴¹ (2009), transcribe que:

Es un hallazgo clínico bastante frecuente aunque general se trata de una variante aislada de la configuración palatina en ocasiones se produce de forma asociada a la compresión del maxilar superior, también denominado paladar estrecho u ojival. Las causas de este proceso son múltiples, desde genéticas hasta secundarias a ciertos hábitos como succión digital, la respiración oral, la deglución atípica, entre otros. Aunque suele carecer de importancia el arco palatino aumentado puede asociarse con un aumento de infecciones del oído de los senos paranasales.

La estrechez del paladar hace que la forma anterior de la arcada dental sea más bien en V en lugar de en U, creando una curva muy cerrada, donde es difícil que los dientes se coloquen formando una transición suave entre ellos. (p. 88).

2.6. Crecimiento de la cara.

Analizando la obra de Gómez y Campos⁴² (2009), describen que:

Transversal (ancho) Aposición ósea de las paredes laterales de los maxilares y apófisis cigomática. Expansión de cavidades sinusales.

Vertical (alto) Crecimiento frontonasal, procesos alveolares y condileo. Función respiratoria, erupción dentaria.

Profundidad (anteroposterior) Aposición ósea del borde posterior de la rama mandibular y tuberosidad. (p. 107).

2.7. Unidades de observación y análisis.

Se evaluó a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo de la Ciudad de Portoviejo con la finalidad de identificar cuál es la edad y sexo que predomina el hábito

⁴¹Janer, J. (2009). ¡Sonríe sin complejos!: A los 30, 40 o 50 años con ortodoncia Lingual Invisibles. Reino de España: Amat.

⁴²Gómez, M., Campos, A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. Reino de España: Medica Panamericana.

de succión digital, razón por la cual se encuestó al representante del niño o niño para que ayude a corroborar si es un succionador activo.

2.7.1. Variables.

Edad.

Sexo.

Tipo de hábito.

Tipo y forma de arco.

Efecto dental del maxilar superior.

Efecto dental del maxilar inferior.

Maloclusiones.

Forma de paladar.

Secuelas del dedo.

2.7.2. Matriz de la Operacionalización de las variables.

(Ver en Anexos # 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

De campo: Se aplicó una modalidad de investigación de campo en la que los actores directos fueron los alumnos de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo.

3.2. Tipo de investigación.

Es una investigación de tipo descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

La investigación se realizó a todos los niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo en el periodo Marzo – Junio 2015, se procedió a realizar un examen clínico odontológico por medio de la respectiva ficha clínica a los 293 estudiantes de los cuales se trabajó con todos los niños y niñas de primero a cuarto año básico y de quinto a séptimo año básico, a los niños y niñas que presentaban succión digital en las que se registraron edad, sexo, tipo y forma del arco dentario, efecto dental superior e inferior, maloclusiones, forma de paladar, tipo de dedo que se succiona y secuelas del dedo.

Mediante encuestas realizadas a los padres o representantes de los alumnos con succión digital se determinó el tipo de dedo que se succiona, etapa en la que presentó la succión digital y el momento en que ocurre la succión digital.

3.4. Técnicas.

Para desarrollar la investigación, se realizó las siguientes técnicas:

Fichas de observación.

Encuestas.

3.5. Instrumentos.

Formulario de encuesta.

Ficha clínica.

(Ver en Anexos #4 y #5).

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

Investigador.

Tutor o director.

3.6.2. Materiales.

Resmas de hojas papel bond A 4.

Bolígrafos.

Fotocopias.

Caja de guantes.

Caja de mascarillas.

Campos descartables.

3.6.3. Tecnológicos.

Internet.

Pen drive.

Computador.

3.7. Población y muestra.

El universo poblacional con el que se trabajó en esta investigación fue de 293 niños y niñas de primero a séptimo año básico estudiantes de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N° 2.

Criterios de inclusión.

Todos los estudiantes de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 de 4 a 13 años

Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio los Estudiantes que no pertenecían a la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2.

3.8. Proceso de recolección de la información.

La recopilación de la información se obtuvo por medio de la ficha clínica a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 y de la encuesta aplicada a los padres de familia o quien los represente.

3.9. Procesamiento de la información.

La información se procesó en el programa informático Excel, el cual forma parte del paquete utilitario de Microsoft 2010, lo que permitió crear una base de datos en la

que los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos, se utilizó: frecuencia y porcentaje.

3.10. Ética.

A los padres de familia así como los adultos responsables en el desarrollo de la investigación se les entregó información veraz acerca de los objetivos de la misma.

Tanto el consentimiento escrito como oral por parte de quienes están al frente del cuidado de la población fue desarrollado en un modelo (ver anexo 2). Los resultados obtenidos se manejaron con discreción y total confidencialidad, utilizándose únicamente con fines investigativos.

3.11 Presupuesto.

La elaboración de la investigación tendrá un costo de \$201,35 dólares americanos, que será financiado por el investigador. (Ver en Anexos # 2).

3.12. Cronograma.

(Ver en Anexos # 3).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de las fichas de observación realizadas a los niños y niñas de primero a séptimo año básico de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo, periodo marzo – junio 2015.

Cuadro N° 1.

Paciente con succión digital.

Paciente con succión digital	Frecuencia	Porcentaje
Sí	112	38,2%
No	181	61,8%
Total	293	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 4.

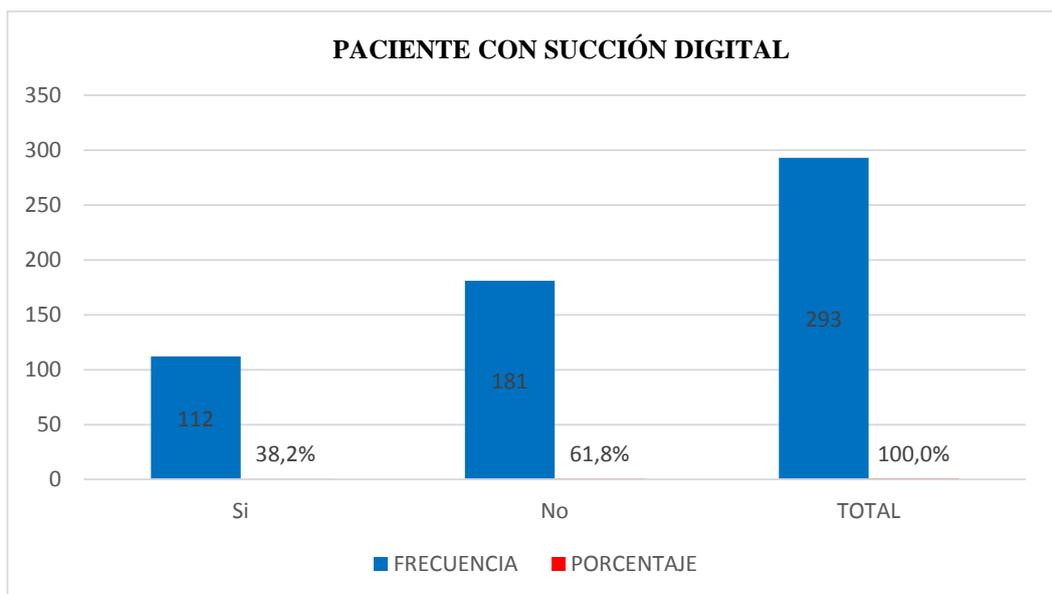


Gráfico N° 1. Estudiantes con succión digital y sin succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.
Realizado por: la autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

El total de escolares estudiados fueron 293 de los cuales, 112 presentaron succión digital que corresponde al 38,2%, y 181 no presentaron el hábito de succión que corresponde al 61,8%.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴³ (2015), cuyos datos fueron recopilados del sitio web Dialnet, Tratamiento de succión digital en niños, un artículo de Restrepo (2009), en el cual expone que:

La succión digital es un comportamiento común en niños que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos.

Consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. (p. 15).

Este estudio nos reveló que menos de la mitad de los escolares revisados son succionadores digitales.

⁴³Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 2.

Edad de los estudiantes revisados

Edad	Frecuencia		Porcentaje	
	Con succión digital	Sin succión digital	Con succión digital	Sin succión digital
5 años	23	74	7,8%	25,3%
6 años	28	70	9,6%	23,9%
7 años	27	37	9,2%	12,6%
8 años	22	0	7,5%	0%
9 años	3	0	1,0%	0%
10 años	2	0	0,7%	0%
11 años	7	0	2,4%	0%
Total	293		100%	

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

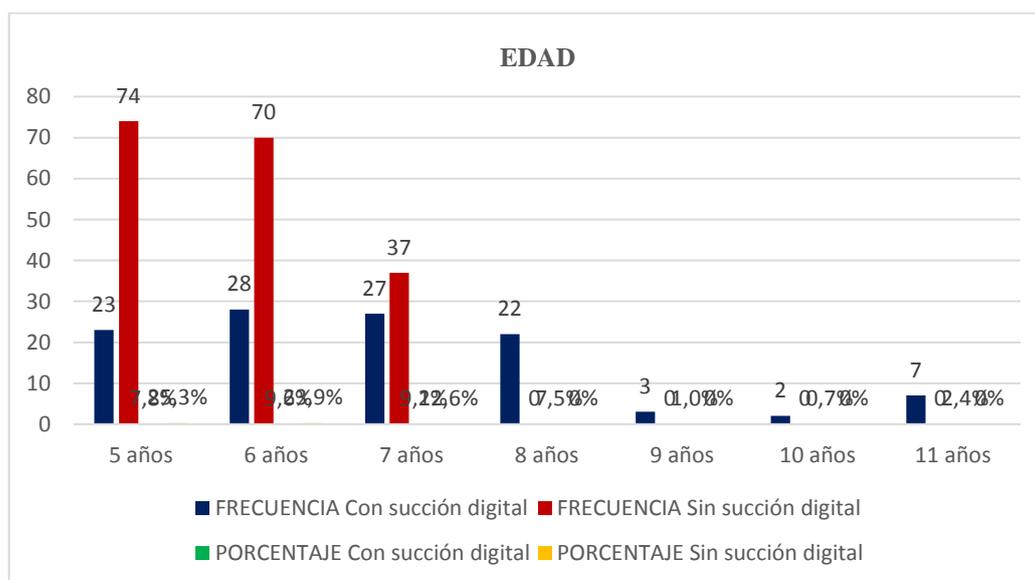


Gráfico N° 2: Edad de los escolares revisados de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Revisamos 293 estudiantes de los cuales 23 de 5 años que corresponde al 7,8% son succionadores digitales, 74 de 5 años que corresponde 25,3% no son succionadores digitales, 28 escolares de 6 años que corresponden al 9,8% son succionadores digitales, 70 de 6 años que corresponde al 23,9% no son succionadores digitales, 27 escolares de 7 años que corresponde al 9,2% son succionadores digitales, 37 de 7 años que corresponde al 12,6% no son succionadores digitales, 22 escolares de 8 años que corresponde al 7,5% son succionadores digitales, 3 escolares de 9 años que corresponde al 1,0% son succionadores digitales, 2 escolares de 10 años que corresponde al 0,7% son succionadores digitales y 7 escolares de 11 años que corresponde al 2,4% son succionadores digitales.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴⁴ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Posada, Gómez y Ramírez (2005) transcribe que: “Esta costumbre va disminuyendo progresivamente con la edad; a los once años de edad puede persistir hasta en el 16% de los niños y es rara a partir de los quince años.” (p. 13).

Este estudio nos reveló el notable predominio de niños de 6 años de edad con succión digital, esto corresponde a la cantidad de estudiantes del Centro Escolar.

⁴⁴Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 3.

Sexo de los estudiantes revisados.

Sexo	Frecuencia		Porcentaje	
	con succión digital	sin succión digital	con succión digital	sin succión digital
Masculino	52	89	17,7%	30,4%
Femenino	60	92	20,5%	31,4%
Total	293		100,0%	

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 4.

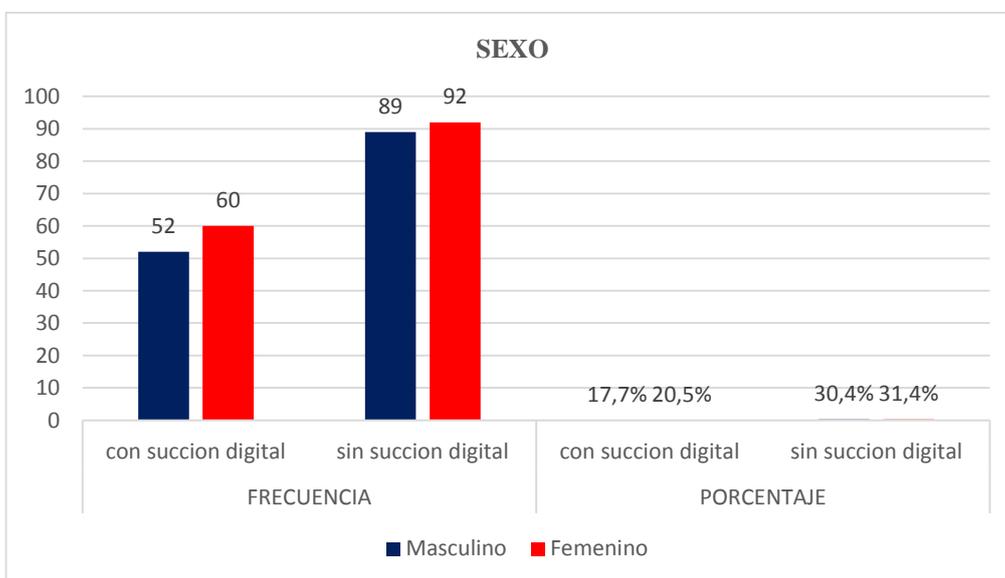


Gráfico N° 3. Sexo de los escolares revisados de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo
Realizado por: la autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

El total de escolares examinados en el lapso estudiado fueron 293 (100%), de los cuales 52 (17,7%) fueron niños con succión digital, 89 (30,4%) fueron niños sin succión digital. 60 (20,5%) fueron niñas con succión y 92 (31,4%) fueron niñas sin succión digital.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴⁵ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Sánchez (2007) en el cual expone que: El hábito de succionar es una necesidad satisfactoria que es parte normal del desarrollo del mismo (p. 15).

Se pudo revelar el predominio del sexo femenino con el hábito de succión digital.

⁴⁵Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 4.

Tipo de dedo que se succiona.

Tipo de dedo que se succiona	Frecuencia	Porcentaje
Pulgar	82	71,3%
Índice	24	20,9%
Índice y medio	2	1,7%
Medio y anular	0	0,0%
Anular	1	0,9%
Meñique	6	5,2%
Total	115	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

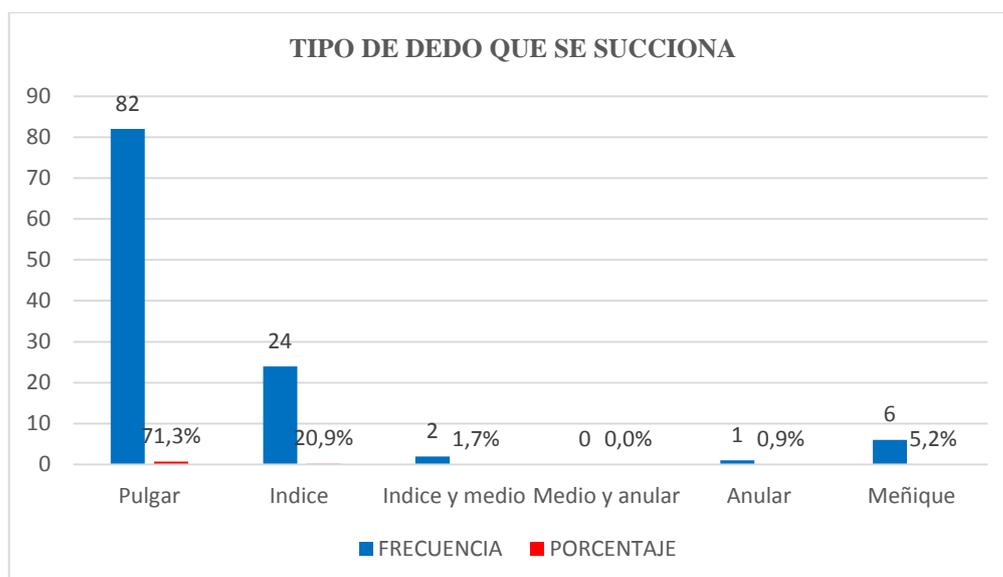


Gráfico N°4: Tipo de dedo que se succiona el niño o niña de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos 82 se succionan el dedo pulgar que corresponde al 71,3%, 24 se succionan el dedo índice que corresponde al 20,9%, 2 se succionan el índice y medio que corresponde al 1,7%, ninguno se succiona los dedos medio y anular juntos, 1 se succiona el dedo anular que corresponde al 0,9%, y 6 s succionan el dedo meñique que corresponde al 5,2%.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra realizada por Borrás y Rosell (2005) en el cual cita que: “Aunque muchos niños abandonan este hábito alrededor de los tres años de edad, otros buscan la succión del dedo (casi siempre el dedo pulgar) como método para autosatisfacerse, vencer el aburrimiento o buscar el sueño”. (p.14).

Nuestro estudio coincide con la obra de Borrás y Rosell, ya que predominó la succión del dedo pulgar.

Cuadro N° 5.

Tipo de arco dentario.

Tipo de arco dentario	Frecuencia	Porcentaje
Alineado	47	42,0%
Apiñado	9	8,0%
Diastema	56	50,0%
Total (de niños y niñas con succión digital)	112	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

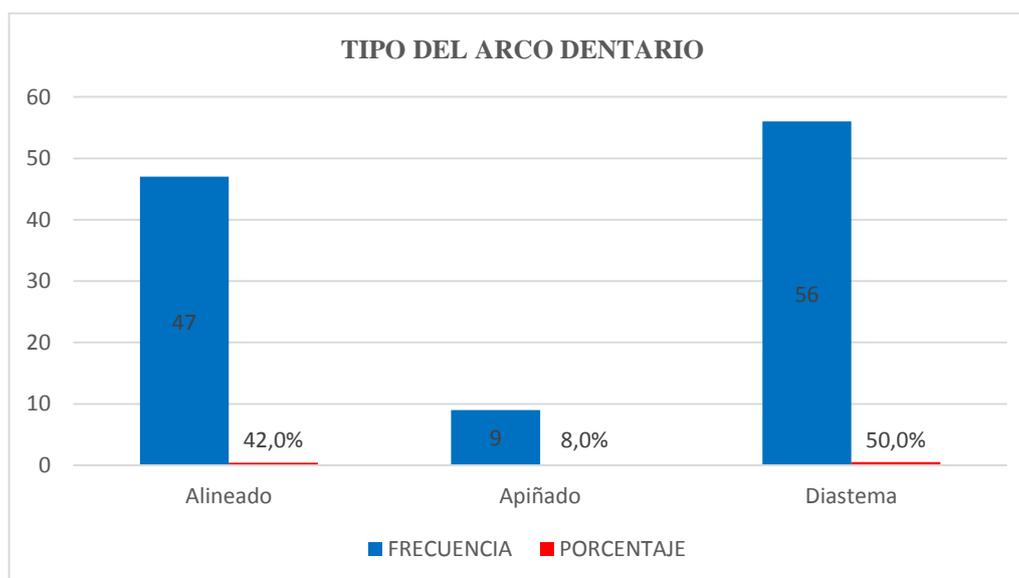


Gráfico N°5: Tipo del arco dentario del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Según el estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 47 (42,0%) presentaron el arco dentario alineado, 9 (8,0%) presentaron el arco dentario apiñado y 56 (50,0%) presentaron el arco dentario con diastema.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴⁶ (2015), cuyos datos fueron recopilados del sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana, un artículo de Fuziy, Ishikawa., Ferreira, Tapia, Cotrim y Furquim (2011), concluyeron: “La forma de la arcada superior puede ser modificada en pacientes succionadores digitales provocando remodelado en la región anterior. Observándose la aparición de diastemas, inclinación vestibular y protrusión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior.” (p. 23).

Nuestro estudio nos reveló el predominio del arco dentario con diastemas en pacientes con succión digital.

⁴⁶Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 6.

Forma del arco dentario.

Forma del arco dentario	Frecuencia	Porcentaje
Triangular	19	17,0%
Cuadrado	80	71,4%
Ovoide	13	11,6%
Total (de niños y niñas con succión digital)	112	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

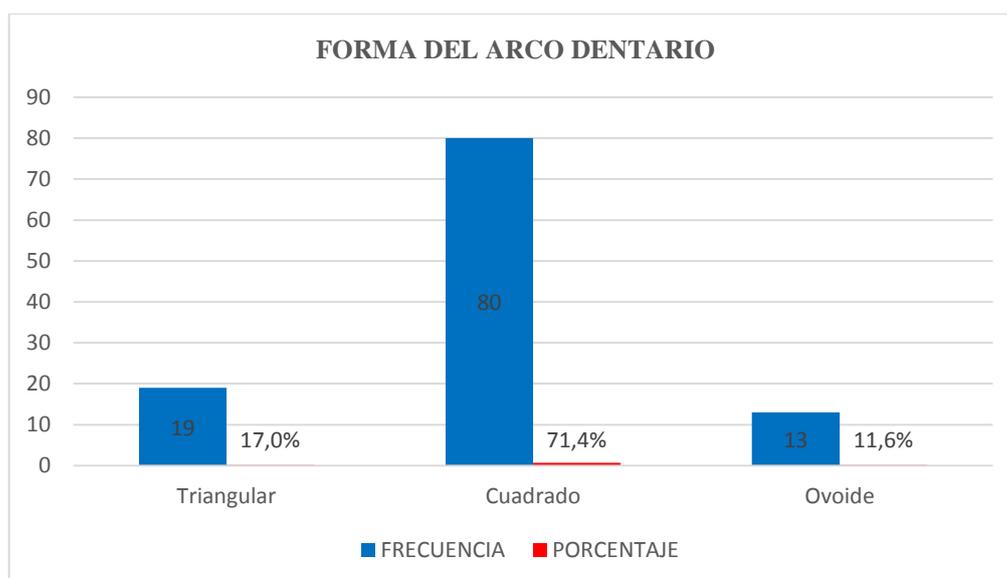


Gráfico N°6: Forma del arco dentario del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Según el estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 19 (17,0%) presentaron la forma del arco dentario triangular, 80 (71,4%) presentaron la forma del arco dentario cuadrado y 13 (11,6%) presentaron la forma del arco dentario ovoide.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴⁷ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la Tesis de Gonzales y López (2013), en la cual citaron que:

Forma de los arcos dentarios.

Triangular: largo y angosto en forma de “V”, corresponde a un individuo dolicocefalo y dolicofacial.

Cuadrado: ancho en forma de “U” corresponde a un individuo braquicefalo y braquifacial.

Ovoide: promedio. Corresponde a un individuo mesocéfalo y mesofacial. (p.28)

Nuestro estudio nos reveló el predominio de la forma del arco dentario cuadrado en pacientes con succión digital.

⁴⁷Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 7.

Efecto dental del maxilar superior.

Efecto dental del maxilar superior	Frecuencia	Porcentaje
Incisivos superiores vestibularizados	45	40,2%
Incisivos superiores palatinizados	9	8,0%
Normales	58	51,8%
Total (de niños y niñas con succión digital)	112	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

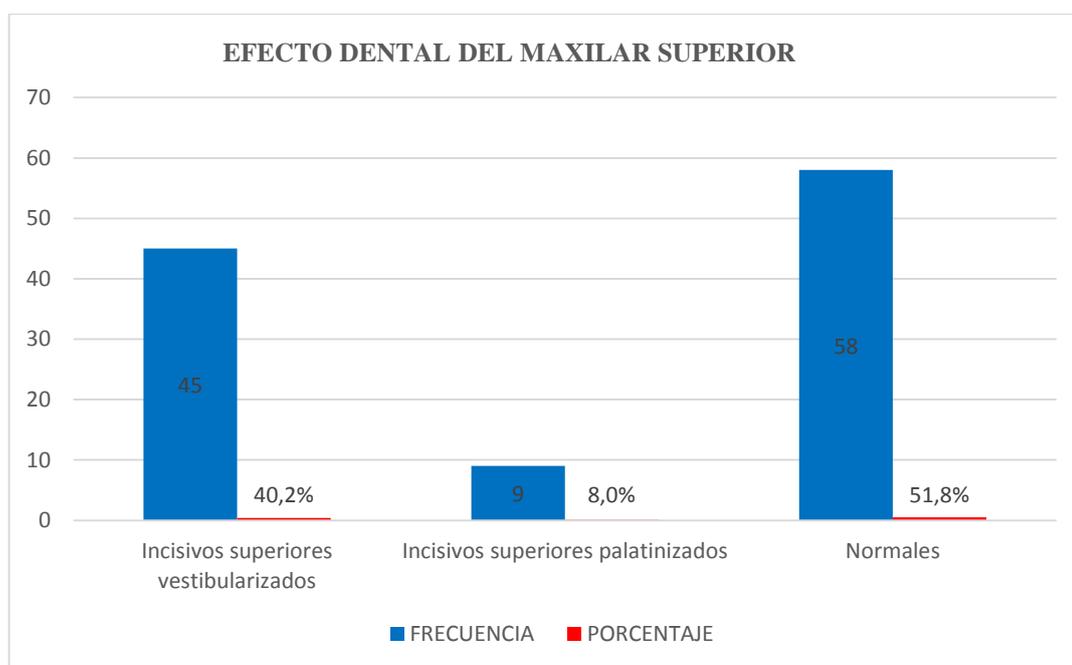


Gráfico N°7: Efecto dental del maxilar superior del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, Ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Según el estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 45 (40,2%) presentaron los incisivos superiores vestibularizados, 9 (8,0%) presentaron los incisivos superiores palatinizados y 50 (51,8%) presentaron los incisivos superiores normales.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴⁸ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Ustrell y Duran (2002) nos dice que: “Los incisivos superiores labioversionan mientras que los inferiores versionan hacia lingual.”(p.20).

Nuestro estudio nos reveló el predominio de incisivos superiores normales en pacientes con succión digital, no tiene relación con la obra de Ustrell y Duran.

⁴⁸Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 8.

Efecto dental del maxilar inferior.

Efecto dental del maxilar inferior	Frecuencia	Porcentaje
Incisivos inferiores vestibularizados	20	17,9%
Incisivos inferiores lingualizados	22	19,6%
Normales	70	62,5%
Total (de niños y niñas con succión digital)	112	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

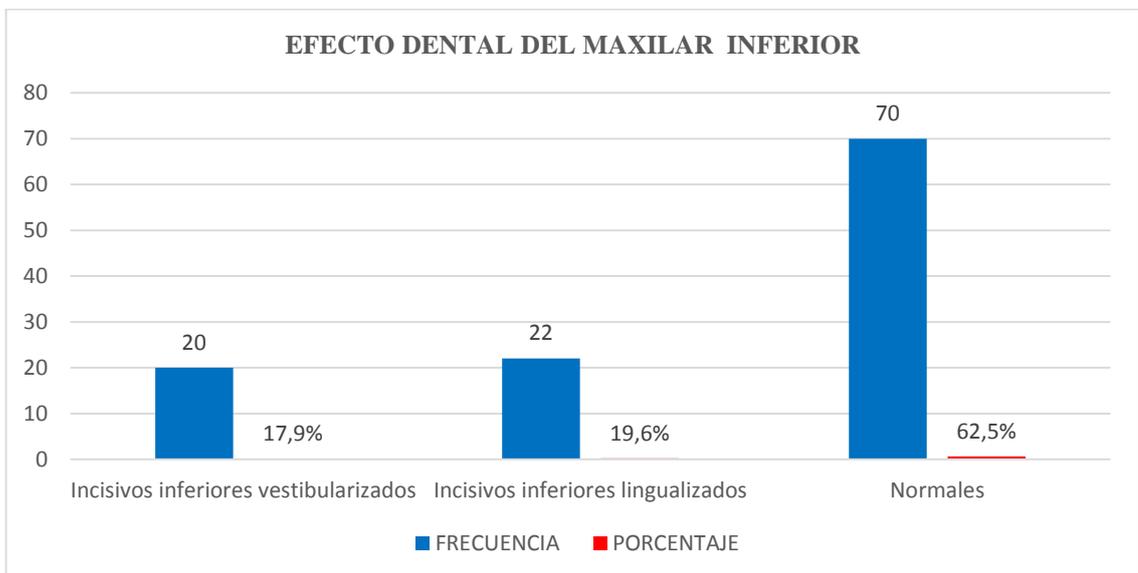


Gráfico N°8: Efecto dental del maxilar inferior del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Según el estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 20 (17,9%) presentaron los incisivos inferiores vestibularizados, 22 (19,6%) presentaron los incisivos inferiores lingualizados y 70 (62,5%) presentaron los incisivos inferiores normales.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁴⁹ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Ustrell y Duran (2002) nos dice que: “Los incisivos superiores labioversionan mientras que los inferiores versionan hacia lingual.”(p.21).

Nuestro estudio nos reveló el predominio de incisivos inferiores normales en pacientes con succión digital no tiene relación con la obra de Ustrell y Duran.

⁴⁹Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 9.

Maloclusiones.

Maloclusiones	Frecuencia	Porcentaje
Mordida abierta anterior	17	15,2%
Mordida cruzada unilateral	2	1,8%
Mordida cruzada bilateral	1	0,9%
Mordida profunda	56	50,0%
No presenta maloclusión	36	32,1%
Total (de niños y niñas con succión digital)	112	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

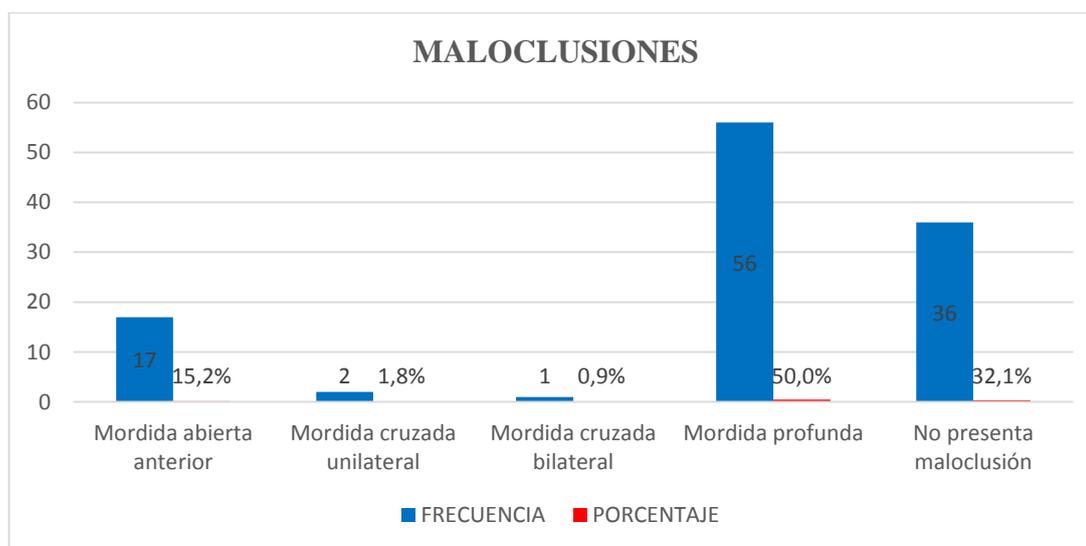


Gráfico N°9: Maloclusiones del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En este estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 17 (15,2%) presentan mordida abierta anterior, 2 (1,8%) presentan mordida cruzada unilateral, 1 (0,9%) presentan mordida cruzada bilateral, 56 (50,0%) presentan mordida profunda y 36 (32,1) no presentan maloclusión.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵⁰ (2015), cuyos datos fueron recopilados del sitio web revista Acta Odontológica Venezolana, un artículo de Fuziy, Ishikawa., Ferreira, Tapia, Cotrim y Furquim (2011), cita que:

Entre los factores extrínsecos que causan la maloclusión, 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, malposiciones dentarias, desórdenes fisiológicos de la fonación y respiración. Por otra parte, los hábitos bucales deletéreos agravan la maloclusión tornando más difícil el tratamiento y la contención. No podemos olvidar también que la forma y la función deben estar siempre juntas, porque una corrección ortodóncica podrá ser mantenida, si la oclusión alcanzada al final del tratamiento se encuentra en equilibrio con la musculatura del paciente. (p. 23).

En nuestro estudio predominó la mordida profunda en escolares con succión digital.

⁵⁰Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 10.

Forma del paladar.

Forma del paladar	Frecuencia	Porcentaje
Profundo y estrecho (en forma de v)	73	65,2%
Normal (en forma de u)	39	34,8%
Total (de niños y niñas con succión digital)	112	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

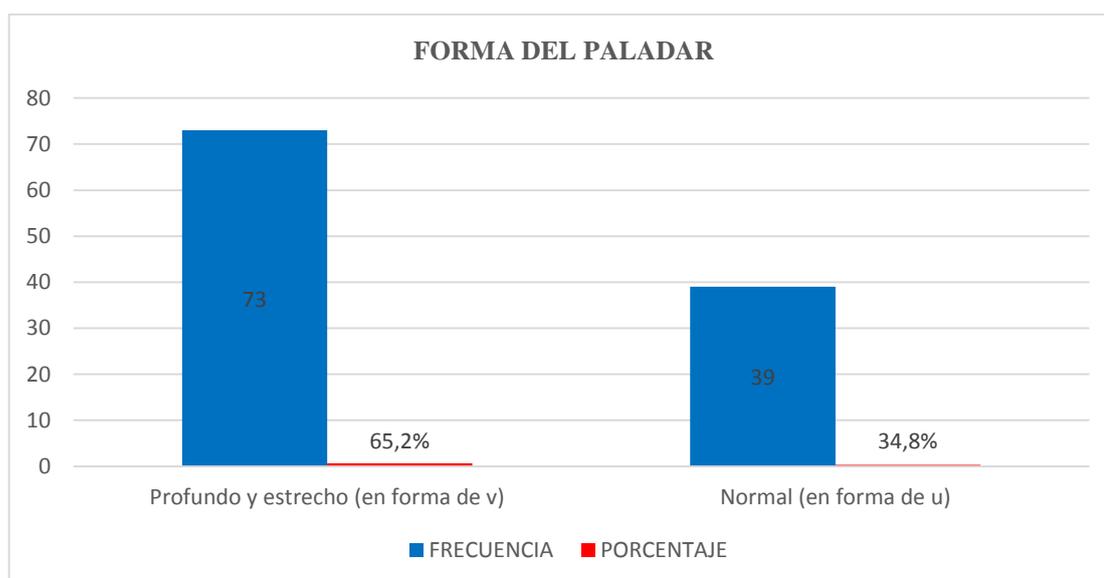


Gráfico N°10: Forma del paladar del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 Ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En este estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 73 (65,2%) presentaron paladar profundo y estrecho (en forma V) y 39 (34,8%) presentaron paladar normal (en forma de U).

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵¹ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Janer (2009), en el cual cita que:

La estrechez del paladar hace que la forma anterior de la arcada dental sea más bien en V en lugar de en U, formando una curva muy cerrada, donde es difícil que los dientes se coloquen formando una transición suave entre ellos. (p. 29).

En nuestro estudio predominó la forma del paladar profundo y estrecho (en forma V) en escolares con succión digital.

⁵¹Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 11.

Secuelas del dedo.

Secuelas del dedo	Frecuencia	Porcentaje
Callosidades	46	40,7%
Isquemias	5	4,4%
Ampollas	57	50,4%
Hematomas	0	0,0%
Infección por hongo en el o los dedos	0	0,0%
Deformación del o los dedos	5	4,4%
Total (de niños y niñas con succión digital)	113	100,0%

Nota: Ficha clínica realizada a los niños y niñas que presentan el hábito de succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de la tesis. Anexo # 4.

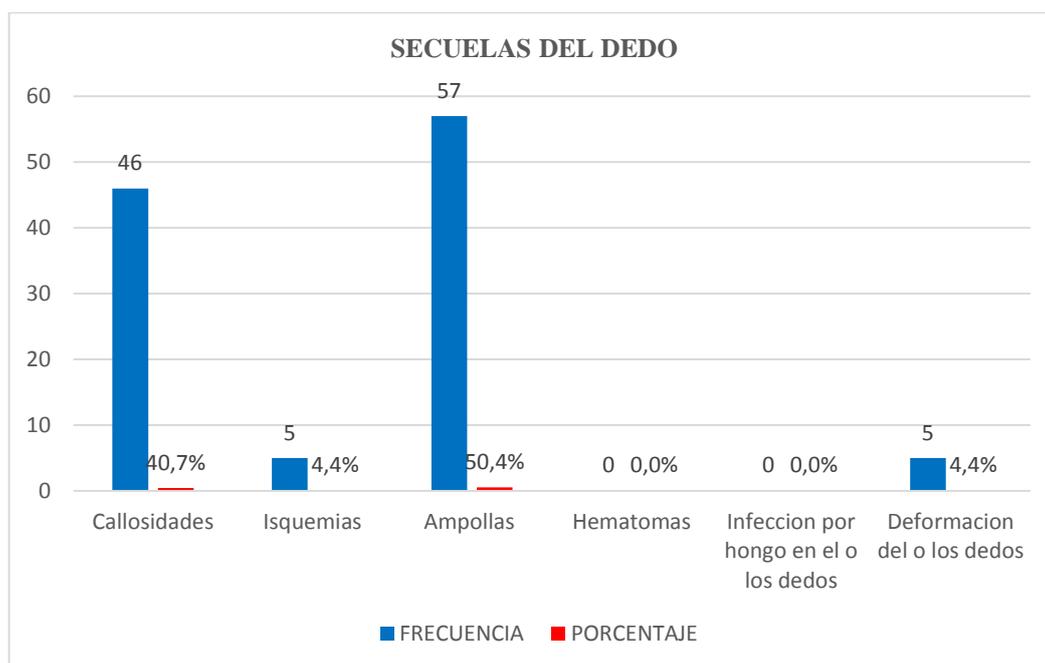


Gráfico N°11: Secuelas del dedo del niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 46 (40,7%) presentaron callosidades, 5 (4,4%) presentaron isquemias, 57 (50,4%) presentaron ampollas, ninguno presentaron hematomas e infección por hongos en el o los dedos y 5 (4,4%) presentaron deformación del o los dedos.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵² (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Boj, Catalata, García y Mendoza (2012), describe que:

Secuelas del dedo

En la exploración de los dedos sometidos a la succión estarán enrojecidos excepcionalmente limpios con una uña corta. En casos más severos, puede haber callosidades en la zona del dorso de los dedos en contacto con piezas dentarias, de esta manera, el estado de los dedos, puede permitir estimar la intensidad y frecuencia de la práctica de succión. (p.22).

Nuestro estudio nos revela el predominio de la presencia de ampollas en escolares con succión digital.

⁵²Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

4.2. Análisis e interpretación de las encuestas realizadas a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de primero a séptimo año básico de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo marzo – junio 2015.

Cuadro N° 12.

¿Su hijo se chupa el dedo?

¿Su hijo se chupa el dedo?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	110	98,2%
No	0	0,0%
No realizaron la encuesta	2	1,8%
Total	112	100,0%

Nota: Encuesta realizada a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 5.

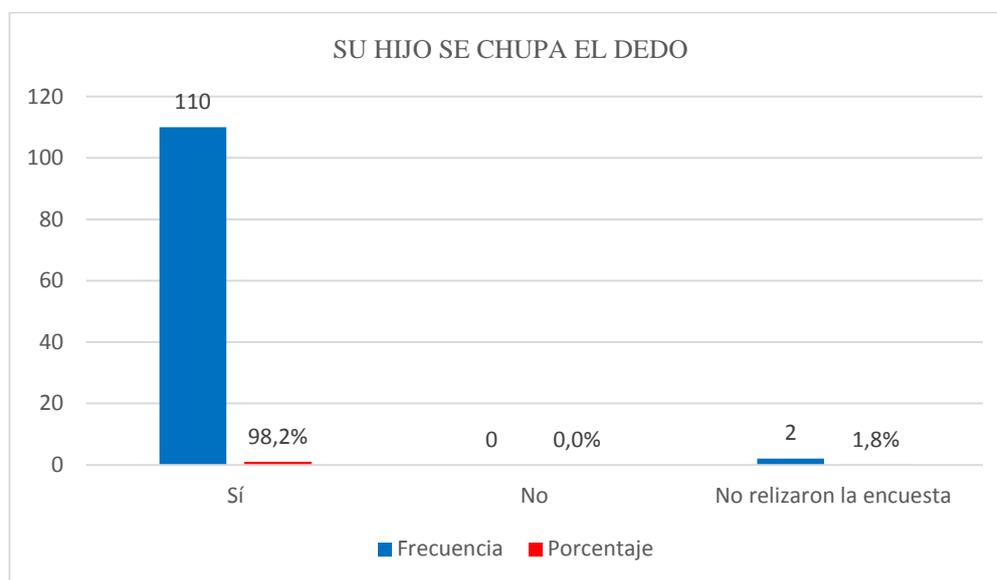


Gráfico N° 12. Dedo que se chupa el niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que de los estudiantes que se succionan el o los dedos 110 que corresponde al 98.2% sus padres o representantes respondieron que sí, ningún padre o representantes respondió que no y 2 que corresponde al 1,8%. No realizaron la encuesta

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵³ (2015), cuyos datos fueron recopilados del sitio web Dialnet, Tratamiento de succión digital en niños, un artículo de Restrepo (2009), en el cual expone que:

La succión digital es un comportamiento común en niños que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos.

Consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. (p. 15).

Este estudio nos reveló que de los 112 niños o niñas que se succionan el o los dedos la mayoría si son succionadores digitales.

⁵³Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 13

¿Recuerda usted que dedo chupa su niño o niña?

Dedo que se chupa su niño o niña	Frecuencia	Porcentaje
Pulgar	81	71,1%
Índice	23	20,2%
Índice y medio	2	1,8%
Medio y anular	0	0,0%
Varios dedos	2	1,8%
Meñique	6	5,3%
Total	114	100,0%

Nota: Encuesta realizada a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 5.

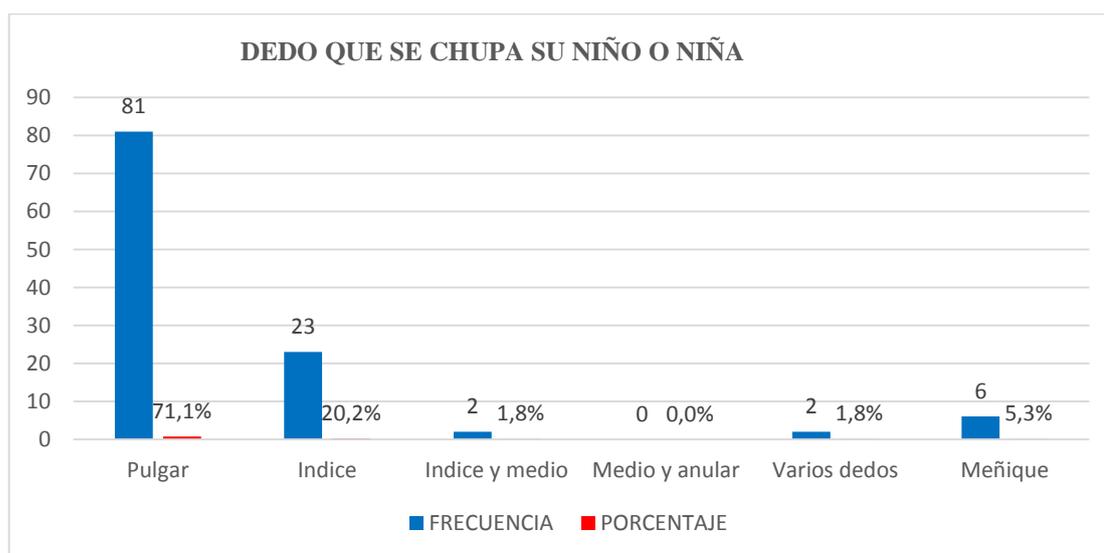


Gráfico N° 13. Dedo que se chupa el niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo.

Realizado por: autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 81 (71,1%), se succionan el dedo pulgar, 23 (20,2%) se succionan el dedo índice, 2 (1,8%) se succionan el índice y medio, ninguno se succiona los dedos medio y anular juntos, 2 (1,8%) se succionan varios dedos, y 6 (5,3%) se succionan el dedo meñique.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵⁴ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Correa y Salete (2009), concluyeron que: “La mayoría de los niños portadores del hábito se chupan el dedo pulgar, más encontramos aquellos que usan el dedo índice, y una minoría que chupan ambos dedos el pulgar e índice y aún otros dedos.” (p. 16).

Nuestro estudio coincide con la obra de Correa y Salete, ya que predominó la succión del dedo pulgar.

⁵⁴Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 14.

¿Cuántos dedos se chupa su niño o niña?

Cuántos dedos se chupa su niño o niña	Frecuencia	Porcentaje
Uno	103	93,6%
Dos	5	4,5%
Tres	1	0,9%
Cuatro	1	0,9%
Total	110	100,0%

Nota: Encuesta realizada a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 5.

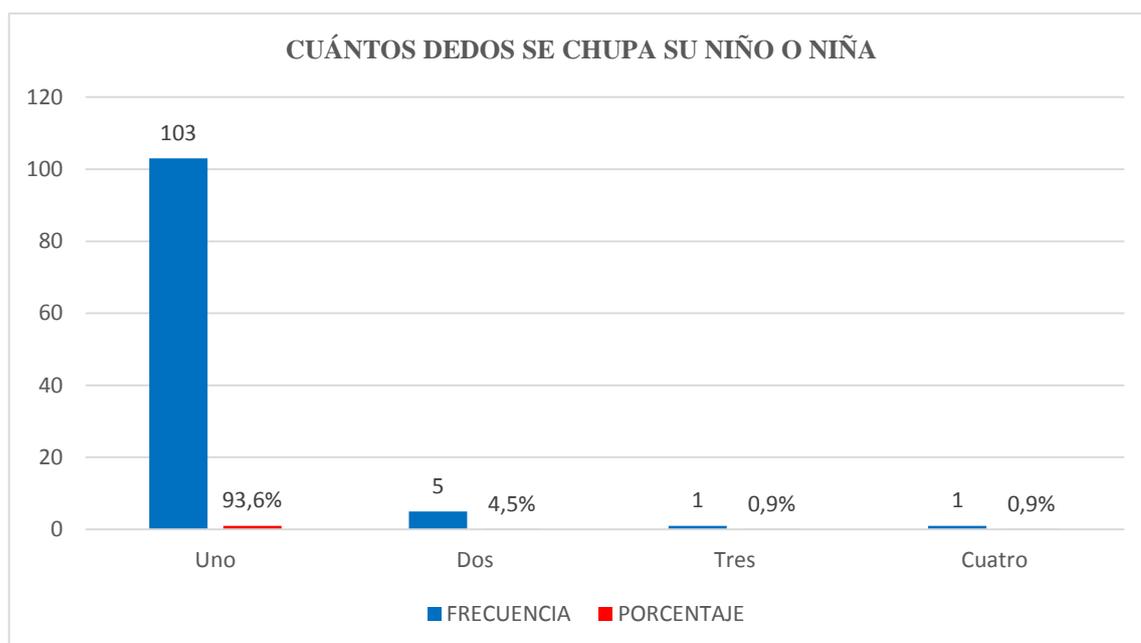


Gráfico N° 14. Número de dedos que se chupa el niño o niña con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo.

Realizado por: la autor de esta tesis. Cap. IV

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que, 103 (93,6%), se succionan un solo dedo, 5 (4,5%) se succionan dos dedos, 1 (0,9%) se succionan tres dedos y 1 (0,9%) se succionan cuatro dedos.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵⁵ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Selakovic (2007) describe que: “Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o dos dedos (generalmente el pulgar) en cavidad oral.” (p. 15).

En nuestro estudio predominó la succión de un solo dedo en escolares con succión digital.

⁵⁵Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 15.

Etapa en que el niño o niña se chupa el dedo.

Etapa en la que el niño o niña se chupa el dedo	Frecuencia	Porcentaje
Desde el nacimiento hasta los 3 años (etapa infantil)	0	0,0%
De los 3 a los 6 o 7 (pre-escolar)	77	70,0%
De los 7 a 12 (etapa escolar)	33	30,0%
Total	110	100,0%

Nota: Encuesta realizada a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, Ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 5

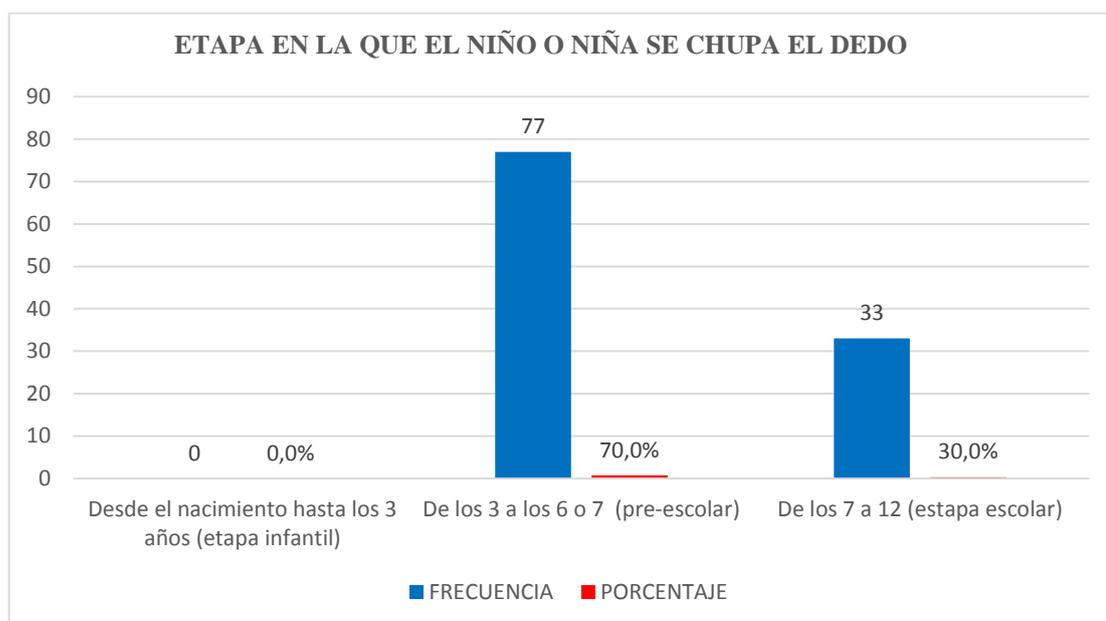


Gráfico N° 15. Etapa en la que el niño o niña se chupa el dedo de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 de la ciudad de Portoviejo.

Realizado por: la autor de esta tesis. Cap. IV

Análisis e interpretación.

Según el estudio realizado podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 0 (0,0%) son de la etapa infantil, 77 (70,0%) son de la etapa preescolar y 33 (30,0%) son de la etapa escolar.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵⁶ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Casasa, Rodríguez y Natera (2007) transcribe que:

Duración: por su duración puede ser clasificados en:

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

Pre-escolar (de 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.

Escolar (de 6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoalveolares. (p. 17).

Nuestro estudio reveló el predominio de la etapa pre-escolar en los escolares con succión digital.

⁵⁶Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Cuadro N° 16.

En algún momento Ud. Ha notado cuando su niña o niño se chupa el dedo.

Momento de la succión	Frecuencia	Porcentaje
Mientras juega	1	0,8%
Cuando ve la televisión	51	39,2%
Haciendo las tareas	9	6,9%
En la Escuela	0	0,0%
Durante todo el día	48	36,9%
Mientras duerme	20	15,4%
Cuando está nerviosa	1	0,8%
Total	130	100,0%

Nota: Encuesta realizada a los padres o representantes de los niños y niñas con succión digital de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, Ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo # 5.

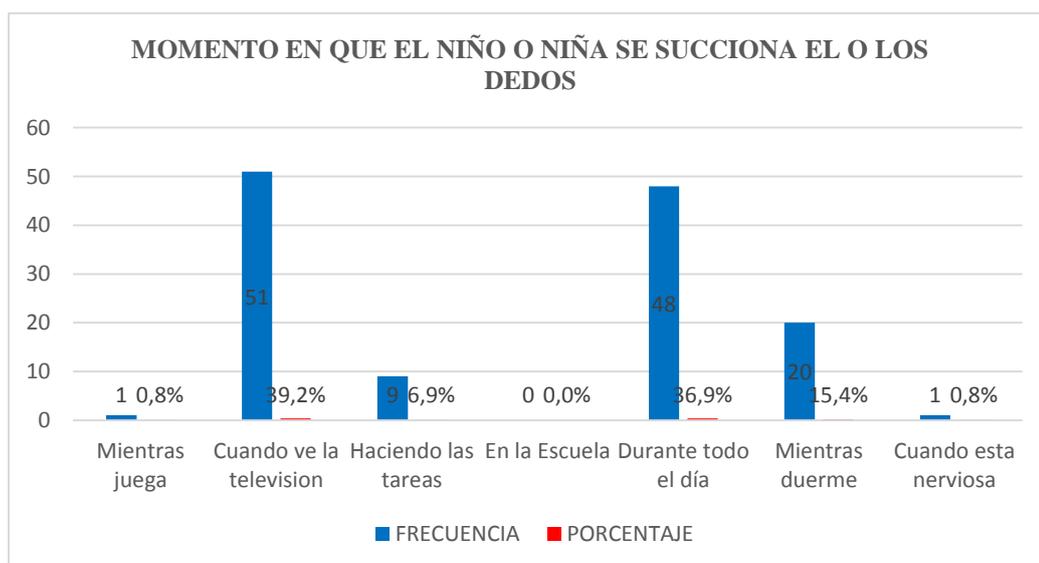


Gráfico N° 16. Momento que ha notado cuando su niño o niña se chupa el dedo, Escuela 24 de Mayo N°2 de la Ciudad de Portoviejo.

Realizado por: Autor de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que de los escolares que se succionan el o los dedos, 1 (0,8%), se succionan el dedo o los dedos mientras juega, 51 (39,2%) se succionan cuando ven televisión, 9 (6,9%) se succionan haciendo las tareas, ninguno se succiona el o los dedos en la escuela, 48 (36,9%) se succionan durante todo el día, 20 (15,4%) se succionan mientras duermen y 1 (0,8%) se succionan el dedo o los dedos cuando está nervioso.

De acuerdo a la información obtenida en la presente investigación realizada por el autor de esta tesis, Rivas⁵⁷ (2015), cuyos datos fueron recopilados de la obra de Bordoni, Escobar y Castillo (2010) exponen que: “El hábito es 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.”(p.27)

Nuestro estudio nos reveló el momento en el que el niño o niña se succiona el dedo predominando cuando ve la televisión y durante todo el día.

⁵⁷Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En base a los resultados obtenidos se pudo observar que de los 293 alumnos examinados clínicamente 112 presentaron el hábito de succión digital.

Se determinó que los pacientes con succión digital el sexo que más predominó fue el femenino, además se pudo conocer la edad que más realizaba el hábito de succión digital fue de 6 años.

Se estableció que el tipo de hábito predominante en estos pacientes fue de succión del dedo pulgar.

Entre las características clínicas identificadas que predominaron en el tipo y forma del arco dentario fueron con diastemas, alteraciones en el arco en forma cuadrado, los efectos dentales del maxilar superior e inferior fueron normales, la maloclusión que más prevaleció fue la mordida profunda, en la forma de paladar la que más destaco fue la de paladar profundo y estrecho y hundido (en forma v) y entre las secuelas del dedo predominó la presencia de ampollas.

5.2. Recomendaciones.

Se sugiere corregir a tiempo el hábito de succión digital, informando a los padres de familia o representantes de los niños y niñas sobre las opciones de tratamiento preventivos y correctivos que existen para abandonar dicho hábito, poniendo a servicio los tratamientos que ofrece la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, en donde los estudiantes pueden realizar los tratamientos respectivos para la eliminación de este hábito, y correcciones de los efectos de mal posición dentaria causados por la frecuencia y duración de la succión digital.

También que se impartan charlas educativas acerca de este hábito de succión digital, para informar a los padres y a los niños sobre las deformaciones que se presentan tanto en el paladar, el arco dentario y las maloclusiones, ya que la ejecución de una succión digital puede alterar los tipos de mordida.

CAPITULO VI.

6. Propuesta Alternativa.

6.1. Identificación de la propuesta.

6.2. Nombre de la propuesta.

Educación sobre la succión digital a los alumnos y padres o representantes de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo.

6.3. Fecha de inicio.

Julio de 2015.

6.3.1. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos. Son los escolares de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2.

Beneficiarios indirectos. Son los padres y tutores de los escolares de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2.

6.4. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

6.5. Ubicación sectorial y física.

La Escuela Fiscal 24 de Mayo, está ubicada en la Parroquia Andrés de Vera en la ciudadela La California, calle Chone entre 24 de Mayo, El Carmen y Av. J. F. Kennedy, del Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí.

6.6. Introducción.

La presente propuesta constituye un aporte importante a los padres, docentes y alumnos de la escuela fiscal 24 de Mayo N°2, porque por medio de charlas educativas conocerán acerca de la prevención del hábito de succión digital. Por ello, el presente documento está compuesto de datos de la propuesta, justificación, objetivos, documentación teórica, recursos y finalmente el modelo del tríptico entregado a cada padre o tutor.

6.7. Justificación.

La succión digital es un mal hábito que ocasiona problemas bucales como maloclusión, deformación del paladar, alteraciones en el tipo y forma del arco dentario, y efectos dentales.

Se les debe brindar una información oportuna y adecuada a los representantes o tutores de los niños y niñas con succión digital, y recordar la importancia de las visitas periódicas al odontólogo, para un control de rutina.

Esta propuesta de trabajo se justifica porque después de haber realizado la investigación se demuestra que los pacientes con succión digital presentan alteraciones como mordida profunda, diastemas, paladar profundo y estrecho y ampollas en los

dedos, por tal motivo es importante facilitar información para prevenir las consecuencias que este provoca.

6.8. Marco institucional.

La Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 fue fundada con el nombre de SANTA TERESA DE JESÚS, mediante decreto del 12 de Diciembre de 1852, expedido por el General José María Urbina, Presidente de la República. Abrió sus puertas a la comunidad el día 1 de Mayo de 1853, con la asistencia de un gran número de niñas de la sociedad portovejense, ya que en sus principios era de carácter femenino.

Circunstancias de carácter político, histórico, cívico y social fueron factores para que el 3 de Mayo de 1903, siendo Presidente de la República el General Leónidas Plaza Gutiérrez, Gobernador de la Provincia el Coronel Tomas Larrea y Director de Educación el Señor Antonio Segovia, decidieran cambiar el nombre de SANTA TERESA DE JESÚS por el de 24 DE MAYO.

En el transcurso de sus 156 años de vida, la escuela ha obtenido muchos méritos por su brillante accionar. En 1975, por el envejecimiento y peligro que representaba el tradicional edificio ubicado en las calles Olmedo, 10 de Agosto y Ricaurte, la Dirección de Educación ordenó el desalojo, ubicándolos en jornada vespertina en el edificio de la Escuela Tiburcio Macías, en el que se mantuvo por 12 años.

Luego de múltiples gestiones se dispuso el traslado de la escuela a su nuevo local en la ciudadela La California calle Chone entre 24 de Mayo, El Carmen y Av. J. F.

Kennedy. Actualmente cuenta con 513 estudiantes, siendo su Director el Lic. Yuri Hernández Mendoza.

6.9. Objetivos.

6.9.1. Objetivo General.

Concientizar a los padres y docentes de los estudiantes de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 sobre la prevención del hábito de succión digital.

6.9.2. Objetivos Específicos.

Informar a los padres o tutores y a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 acerca de las consecuencias del hábito de succión digital.

Instruir a los padres o tutores y a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 sobre la importancia de la visita periódica al odontólogo.

6.10. Descripción de la Propuesta.

En la investigación realizada se observó que los padres o tutores de los escolares de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2 no conocen acerca de los tratamientos de prevención del hábito de succión digital, muchos no tienen interés de corregir dicho hábito a sus hijos. Debido a esto es necesario difundir la información acerca de las consecuencias que trae consigo dicho hábito, para que así los padres eviten que el hábito en el niño continúe.

6.11. Responsable.

Autor de esta tesis.

6.12. Factibilidad.

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo de los Directivos Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, la colaboración y predisposición de los padres o tutores de los escolares de 4 a 13 años de dicha institución; lo cual permitirá proporcionar la información acerca de la prevención de la succión digital, mediante charlas por parte del autor de ésta tesis.

6.13. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indican la urgente necesidad de instruir a los padres y tutores acerca de la prevención de la succión digital, ya que hay alto índice de desconocimiento acerca de las consecuencias que trae el mismo.

La propuesta es sustentable ya que se utilizarán recursos adecuados, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, mejora la autoestima de los niños que presentan el hábito de succión digital.

6.14. Diseño Metodológico.

Se realizaran las siguientes actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados:

Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los mismos padres o tutores de los escolares. Elaboración de material de apoyo posterior a las charlas para fortalecer la información transmitida. Entrega de trípticos a los participantes de las charlas educativas.

6.15. Cronograma.

Cuadro N° 17.

Cronograma Alternativo.

Actividades	Julio 2015		
	1	2	3
Reunión con las autoridades.	X		
Elaboración del plan con cada temática.	X		
Socialización de la propuesta.		X	
Elaboración de trípticos y gigantografía.		X	
Charlas educativas.			X
Entrega de trípticos y gigantografía.			X

Nota: Cronograma de la propuesta alternativa. Elaborado por el autor de la tesis (2015).

6.16. Presupuesto.

Cuadro N° 18.

Presupuesto Alternativo.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.
Fotocopias.	100	Unidad.	0.02	20.00
Papel.	1	Resmas.	5.00	5.00
Tinta de color.	1	Tóner.	25.00	25.00
Trípticos.	100	Unidad.	0.20	20.00
Gigantografías.	1	Unidad.	18.00	18.00
Imprevistos.		10%		
Total.				88.00

Nota: Presupuesto alternativo. Gastos a realizarse. Elaborado por el autor de esta tesis. (2015).

ANEXOS.

Anexo # 1.

Cuadro N° 19.

Matriz de Operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad.	Cuantitativo.	4 a 13 años.	Años cumplidos.	Frecuencia. Porcentaje.
Sexo.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Masculino, Femenino.	Según sexo biológico.	Frecuencia. Porcentaje.
Tipo de hábito de succión.	Cualitativa Nominal dicotómica.	-Succión del pulgar. -Succión del dedo índice. -Succión del dedo índice y medio. -Succión del dedo medio y anular. -Succión de varios dedos.	Tipo o números de dedos que realiza la succión.	Frecuencia. Porcentaje.
Duración e intensidad y frecuencia.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Día (come, juega, ve televisión, va a la escuela). -Noche (mientras duerme).	Tiempo o momento del hábito.	Frecuencia. Porcentaje.
Características clínicas: Tipos de arco dentario.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Alineado. -Apiñado. -Con diastemas.	Según el tipo del arco.	Frecuencia. Porcentaje.

Forma de arco dentario.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	- Triangular. -Cuadrado. -Ovoide.	Según la forma del arco.	Frecuencia. Porcentaje.
Efecto dental del maxilar superior.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Incisivos superiores vestibularizados. -Incisivos superiores palatinizados. -Incisivos superiores normales.	Según la forma en que se presenten los incisivos en el maxilar superior.	Frecuencia. Porcentaje.
Efecto dental del maxilar Inferior.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Incisivos inferiores vestibularizados. -Incisivos inferiores lingualizados. -Incisivos inferiores normales.	Según la forma en que se presenten los incisivos en el maxilar inferior.	Frecuencia. Porcentaje.
Maloclusiones	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Mordida abierta anterior. -Mordida cruzada. -Mordida profunda.	Según el tipo de maloclusión que presente.	Frecuencia. Porcentaje.
Forma del paladar.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Profundo. -Estrecho.	Según la forma del paladar.	Frecuencia. Porcentaje.
Secuelas del dedo.	Cualitativa Nominal Dicotómica.	-Callosidades. -Isquemias. -Ampollas. -Hematomas.	Según la secuela que presente en el dedo.	Frecuencia. Porcentaje.

		-Infección por hongos en el o los dedos. -Deformación del o los dedos. -Cuando está nervioso.		
--	--	---	--	--

Nota: Matriz de la Operacionalización de las variables. Información recabada en el transcurso de la investigación realizada por el autor de esta tesis. (2015). Cap. II.

Anexo # 2.

Cuadro N° 20.

Presupuesto.

MATERIALES.

RUBROS.	CANTIDAD.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
Remas de hojas bond A4.	4	\$ 5,00	\$ 20,00
Bolígrafo.	1	\$ 0,35	\$ 0,35
Fotocopias.	2000	\$ 0,02	\$ 40,00
Caja de guantes.	1	\$ 8,00	\$ 8,00
Caja de mascarillas.	1	\$ 5,00	\$ 5,00
Campos descartables.	40	\$ 0,20	\$ 8,00
TOTAL.			\$ 81,35

RECURSOS TECNOLÓGICOS.

RUBROS.	CANTIDAD.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
Horas de internet.	110	\$ 1,00	\$ 110,00
Pendrive.	1	\$ 10,00	\$ 10,00
TOTAL.			\$ 120,00

PRESUPUESTO FINAL.

RUBROS.	COSTO TOTAL.
RECURSOS MATERIALES.	\$ 81,35
RECURSOS TECNOLÓGICOS.	\$ 120,00
TOTAL.	\$ 201,35

Nota: Presupuesto. Gastos realizados en el transcurso de la elaboración de la tesis. Elaborado por el autor de la tesis. (2015).

Anexo # 3.

Cuadro N° 21.

Cronograma.

DÉCIMO OCTAVA PROMOCIÓN																																								
ACTIVIDADES	2014												2015																											
	sep.		nov			Dic			enero				feb				marzo				abril				mayo				jun				Jul				agosto			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
ELABORACIÓN DE PROYECTO	■	■	■	■	■																																			
PRESENTACIÓN DE PROYECTOS						■	■																																	
APROBACIÓN DE PROYECTOS										■	■	■	■	■																										
PREPARACIÓN DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACIÓN																		■	■	■	■																			
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN																																								
SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN																																								
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN																																								
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES																																								
ELABORACIÓN DE PROPUESTA																																								
REDACCIÓN DEL BORRADOR																																								
REVISIÓN DEL BORRADOR																																								
PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL																																								

Nota: Cronograma. Información brindada por la universidad san Gregorio de Portoviejo. Facultad de odontología. Elaborado por el autor de la tesis. (2015).

Anexo # 4.

Ficha de recolección de datos dirigidas a los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo.



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA CLÍNICA

EDAD:

SEXO:

TELÉFONO:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON SUCCIÓN DIGITAL

PACIENTE CON SUCCIÓN DIGITAL (se chupa el o los dedos)	SI	NO

TIPO DE ARCO DENTARIO	FORMA DEL ARCO DENTARIO
ALINEADO Buena posición dental	TRIANGULAR Largo angosto en forma de V
APIÑADO Posición dental irregular	CUADRADO En forma de U
DIASTEMA Espacios entre piezas dentales	OVOIDE normal

Efecto dental del maxilar superior		Efecto dental del maxilar inferior	
Incisivos superiores vestibularizados		Incisivos inferiores vestibularizados	
Incisivos superiores palatinizados		Incisivos inferiores lingualizados	
Incisivos superiores normales		Incisivos inferiores normales	

MALOCCLUSIONES			FORMA DEL PALADAR	
Mordida abierta anterior			Profundo, estrecho y hundido (en forma de V)	Normal (En forma de U)
Mordida cruzada	unilateral	bilateral		
Mordida profunda				
No presenta				

SECUELAS DEL DEDO	
Callosidades	
Isquemias	
Ampollas	
Hematomas	
Infección por hongo en el o los dedos	
Deformación del o los dedos	

Tipo de dedo que se succiona (se chupa)	
Pulgar	
Índice	
Índice y medio	
Medio y anular	
Meñique	

Anexo # 5.

Formulario de Encuestas realizado a los padres de familia o representantes de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N° 2 de la ciudad de Portoviejo.



**CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTAS**

Dirigida a las mamás o representantes de los niños con hábitos de succión digital de la Escuela 24 de mayo n° 2 de la Ciudad de Portoviejo.

INDICACIONES

Lea con atención las siguientes preguntas y responda según su criterio personal
Por favor contestar únicamente una alternativa en cada pregunta

1. Edad de su hijo _____ Sexo M F

2. Su hijo se chupa el dedo

Si

No

3. ¿Recuerda usted que dedo chupa su niño o niña?

a) Pulgar

b) Índice

c) Índice y medio

d) Medio y anular

e) Varios dedos

f) Meñique

4. ¿Cuántos dedos se chupa el niño o niña?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro

5. Etapa en la que el niño o niña se chupa el dedo.

- desde el nacimiento hasta los 3 años (etapa infantil)
- de los 3 años a los 6 o 7 (etapa pre-escolar)
- De los 7 a 12 años (etapa escolar)

6. En algún momento Ud. ha notado cuando su niño o niña se chupa el dedo

- Mientras juega
- Cuando ve la televisión
- Haciendo las tareas
- En la escuela
- Durante todo el día
- Mientras duerme
- Cuando está nervioso

Anexo # 6.

Consentimiento informado.

Planilla de consentimiento informado.

Yo,.....

El abajo firmante

Con residencia en:.....

Acepto que mi hijo forme parte de este estudio titulado “Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo-Junio 2015”.

Víctor Bryan Rivas Ponce, investigador del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de los objetivos y finalidad del tratamiento.

Se me ha informado que los datos se procesarán con absoluta reserva, así como el anonimato de los niños participantes en la investigación y que recibirán un trato acorde como pacientes.

También consiento la realización de todo procedimiento o alternativas que en opinión del investigador sean necesarios para el desarrollo de este estudio. Así como me comprometo que mi hijo/a colabore durante la investigación.

Estoy de acuerdo con que los datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados de Víctor Bryan Rivas Ponce, autor de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

Nombre y firma del estudiante evaluador que informó al participante:

Víctor Bryan Rivas Ponce

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Anexo # 7.

Tríptico.



Hábito de succión digital

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIJEJO - MANABI - ECUADOR

VICTOR BRYAN RIVAS PONCE



SUCCION DIGITAL ¿QUE ES?

La succión digital (chuparse el o los dedos) es un hábito tan común en la infancia que llega ser considerada normal, probablemente esté presente en más del cincuenta por ciento (50%) de los niños menores de 4 años. La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño.

CONSECUENCIAS DE LA SUCCION DIGITAL

- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada unilateral o bilateral
- Mordida profunda
- Paladar profundo
- Mal posición dental
- Callosidades y ampollas en los dedos.

TRATAMIENTOS

- Ortodóncicos
- Psicológicos
- Farmacológicos



Anexo # 8.



Gráfico N° 17. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 18. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 19. Realizando el examen clínico de las secuelas del o los dedos en los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 20. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015]



Gráfico N° 21. Realizando el examen clínico de las secuelas del o los dedos en los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 22. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 23. Realizando el examen clínico de las secuelas del o los dedos en los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 24. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 25. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 26. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 27. Realizando el examen clínico de la cavidad oral de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [8, Junio, 2015].



Gráfico N° 28. Firmando el consentimiento informado los padres de familia o representantes de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [4, Junio, 2015].

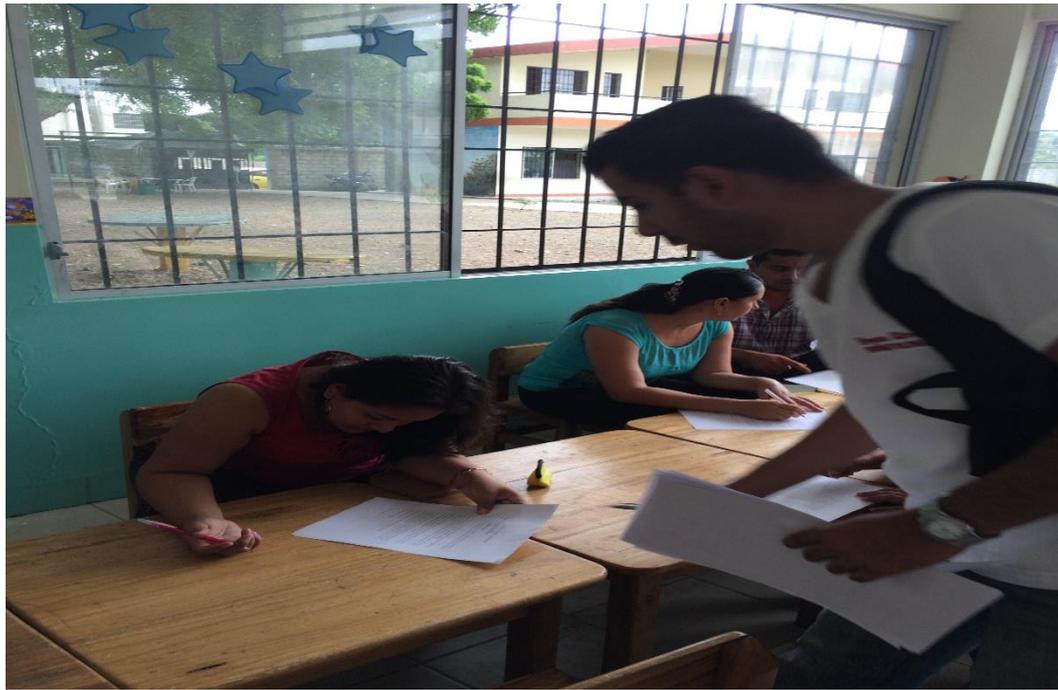


Gráfico N° 29. Firmando el consentimiento informado los padres de familia o representantes de los niños y niñas de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [4, Junio, 2015].



Gráfico N° 30. Entrega de la gigantografía al Director la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [3, Julio, 2015].



Gráfico N° 31. Gigantografía ubicada en la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [3, Julio, 2015].



Gráfico N° 32. Gigantografía ubicada en la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [3, Julio, 2015].



*Gráfico N° 33.*Charlas educativas a los alumnos y padres de familia de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [3, Julio, 2015].



Gráfico N° 34 Entrega de trípticos en la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo. Fotografía tomada por auxiliar del autor de tesis [3, Julio, 2015].

BIBLIOGRAFÍA

Alcaraz, C., Bordón, J. y Ríos, D. (2012). Frecuencia de Mordida Abierta Anterior en Escolares del Primero al Noveno Grado y sus factores asociados. Scielo. [En línea]. Consultado: [16, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032012000200004&script=sci_arttext

Avendaño, k. (2012). Evaluación de la presencia de hábitos bucales en niños de edad escolar. Universidad Veracruz. Facultad de Odontología. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35724/1/avendanogarciakarla.pdf>

Boj, J., Catalá, M., García, C. y Mendoza, A. (2010). Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Ripano.

Bordoni, N., Escobar, A., Castillo, R. (2010) Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina. Medica Panamericana.

Borrás, S. Rosell, V. (2005). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. República Federativa del Brasil: Nau Llibres.

Casasa, R., Rodríguez, E. y Natera, A. (2007). 1. 001 Tips en ortodoncia y sus secretos. República de Colombia: Amolca.

Castillo, Y., Gago, M. (2013). Hacia una salud bucal satisfactoria. Calle B. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.calleb.cult.cu/index.php/pretextos/52-salud/405-hacia-una-salud-bucal%20-satisfactoria>

Céspedes, J. (2009). Manual de procedimientos Clínicos. Clínica Estomatológica Pediátrica I Y II. Universidad Alas Peruanas Facultad de Ciencias de la salud Escuela profesional de Estomatología. República del Perú. Disponible en: <http://www.uap.edu.pe/intranet/fac/material/11/20102BT110111415110108031/20102BT11011141511010803118307.pdf>

Correa. P., Salete, M. (2009). Salud bucal del bebe al adolescente. República federativa del Brasil: Nacional.

Díaz, S., García, M. (2008). Escuela de desarrollo de hábitos. (2da Edición). Reino de España: Díaz de Santos.

Furuki, k. (2010). Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. Biblioteca virtual de la salud. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://editorial.ucsg.edu.ec/medicina/article/view/100/62>

Fuziy, A., Ishikawa, E., Ferreira, R., Tapia, J., Cotrim, F. y Furquim, D. (2011). Características faciales y oclusales en niños con hábitos bucales. Acta Odontológica

Venezolana. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/2/art3.asp>

Gill, D., Naini, F. (2013). Ortodoncia principios y práctica. Estados Unidos Mexicanos:
Manual moderno.

Gómez, M., Campos, A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular
Bucodental. Reino de España: Medica Panamericana.

Gonzales, M., Guida, G., Herrera, D. y. Quirós, O. (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. Ortodoncia Ws. Revista
Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [En línea]. Consultado: [14, mayo,
2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

González, J., López. G (2013). Succión digital y su incidencia en la alineación de los
dientes permanentes en los niños en las escuelas 12 de Marzo y República de México.
Universidad San Gregorio de Portoviejo. República del Ecuador. Disponible en:
<http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T1205.pdf>

Jamain, A. (2011). Tratado Elemental de Anatomía Descriptiva y de Preparaciones
Anatómicas. Reino de España: Maxtor.

Janer, J. (2009). ¡Sonríe sin complejos!: A los 30, 40 o 50 años con ortodoncia Lingual
Invisibles. Reino de España: Amat.

Jiménez, M. (2012). Odontopediatría en atención primaria. Reino de España: Vertice.

Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos Orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf?>

Martínez, C. (2012). Succión digital: ¿Qué riesgos tiene y cómo la detengo?. *Guioteca*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

Morán, V., Zamora, O. (s.f.). Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/pdf/art4.pdf>

Narvárez, M., Muñoz, Y., Villota, C., y Mafla, A. (2010). Hábitos orales en niños de 6-10 años de la Escuela Itsin de San Juan de Pasto. *Scielo*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072010000100004&script=sci_arttext

Natera, A., Rocha, A., Rodríguez, E., y Casasa, R. (2004). Características de las maloclusiones clase II. *Geodental*. [En línea]. Consultado: [16, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.geodental.net/article-8444.html>

Posada, A., Gómez, J. & Ramírez, H. (2005). El niño sano. República de Colombia: Medica Panamericana.

Propdental. (2013). Succión digital. Ortodoncia. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/ortodoncia/succion-digital/>

Quirós, O. (1993). Manual de Ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva. República de Colombia: Actualidades medico odontológicas Latinoamérica.

Quirós, O. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Ortodoncia Ws. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

Restrepo, C. (2009). Tratamiento de succión digital en niños. Dialnet. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/comandato/Downloads/Dialnet-TratamientoDeSuccionDigitalEnNinosRevisionSistmati-4951554%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/comandato/Downloads/Dialnet-TratamientoDeSuccionDigitalEnNinosRevisionSistmati-4951554%20(1).pdf)

Rivas, V. (2015). Caracterización del hábito de succión digital en niños y niñas de 4 a 13 años de la Escuela Fiscal 24 de Mayo N°2, de la ciudad de Portoviejo, en el periodo Marzo–Agosto 2015. Tesis no publicada, Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, Portoviejo, Manabí, República del Ecuador.

Romero, M., Romero, P., Pardo, A., y Sáez, M. (2004). Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000100006&script=sci_arttext

Sánchez, C. (2007). Protegiendo los dientes de tu bebe. República de Bolivia: Bolivia dental.

Selakovic, V. (2007). Ortodoncia preventiva e interceptiva. Reino de España: Madrid.

Ustrell, J. Duran, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España: Universitat de Barcelona.

Villavicencio, J., Hernández, J. (2001). Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños. Revista Colombia médica. Bioline internacional. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc01025>