



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“SUCCIÓN DIGITAL Y SU INCIDENCIA EN LA
MORDIDA ABIERTA”**

PROPUESTA ALTERNATIVAS

AUTOR:

JULIANA GUERRERO CHUN

DIRECTOR DE TESIS

DR. MARCO FLORES ORDOÑEZ

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“SUCCIÓN DIGITAL Y SU INCIDENCIA EN LA MORDIDA
ABIERTA”**

PROPUESTA ALTERNATIVAS

AUTOR:

Juliana Guerrero Chun

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Marco Flores Ordoñez

Portoviejo – Manabí – Ecuador

CERTIFICACIÓN

Dr. Marco Flores Ordoñez certifica que la tesis de investigación titulada “Succión digital y su incidencia en la mordida abierta en los niños que son atendidos en las Clínicas Odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo” es trabajo original de Juliana Alexandra Guerrero Chun. La misma que ha sido dirigida bajo mi dirección.

Dr. Marco Flores Ordoñez

DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

Unidad académica de la salud

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“SUCCIÓN DIGITAL Y SU INCIDENCIA EN LA MORDIDA ABIERTA EN
LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE LA UNIVERSIDAD SAN
GREGORIO DE PORTOVIEJO”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como
requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

**Dra. Ángela Murillo Almache Mg.S.P.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

**Dr. Marco Flores Ordoñez Mg.S.P.
DIRECTOR DE TESIS**

**Dra. Patricia bravo Cevallos
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Dr. Jorge Mendoza Robles
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Ab. Julia Morales Loor
SECRETARIA ACADÉMICA**

DEDICATORIA

A mis padres que a pesar de estar lejos siempre estuvieron apoyándome con su sacrificio y recursos para que yo alcanzara esta meta que sin ellos no lo hubiera logrado. A mi hijo quien ha sido el motivo que me impulsa a seguir a delante para poder brindarle una vida sana. Porque es para, y con ellos que logro alcanzar mis objetivos

De igual manera este trabajo fruto de mucho esfuerzo se lo dedico a mi hermano y a mi novio quienes han me soportados en los momentos difíciles y han logrado hacer que llegue la calma.

AGRADECIMIENTO

A Dios, gracias a él estoy donde estoy y me ha permitido vivir cada día cerca de las personas a quienes amo, le agradezco por darnos la fe, salud y esperanza a mí y familia, y por darme la fortaleza que necesitaba para seguir adelante en mis estudios y no dejar que me cayera en los momentos más difíciles que he pasado.

A mis queridos padres, que a pesar de todo siempre me ayudaron incondicionalmente en todo lo que necesitaba, a mi hijo por la alegría que me ha brindado al llegar a mi hogar, por su amor, ternura y rebeldía que hay en él, lo amo, es lo mejor de mi vida por él es que lucho cada día a seguir esforzándome en ser mejor.

A mis hermanos y demás familia en algún momento me brindaron su ayuda que mi querido novio que es una bendición de dios, que ha puesto en mi camino gracias a el pude salir adelante en muchos momento y me a traído felicidad y me brinda su amor sincero y apoyo incondicional.

Y a los doctores que estuvieron presentes cada etapa de enseñanza en el trascurso de mi carrera para impartir sus enseñanzas a cada uno de nosotros.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
ANTECEDENTES.....	ii
CAPÍTULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
CAPÍTULO II	
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO III	
3. OBJETIVOS.....	6
3.1. Objetivo general.....	6
3.2. Objetivo específico.....	6
CAPÍTULO IV	
4. HIPÓTESIS.....	7
CAPÍTULO V	
5. MARCO TEÓRICO.....	8
5.1. Marco institucional.....	8
5.2. SUCCION DIGITAL.....	9
5.2.1. Hábitos	9
5.2.1.1. Definición de succión digital.....	10
5.2.2. Etiología.....	11
5.2.3. Posición del dedo succionado	11
5.2.3.1. Características.....	11
5.2.3.2. Secuelas del dedo.....	12
5.2.3.3. Hábitos asociados.....	13
5.2.2.3.1. Mordida del labio.....	13

5.2.2.3.2. Protrusión lingual.....	.13
5.2.2.3.3. Respiración bucal.....	14
5.2.2.3.4. Succión de pacificadores.....	15
5.2.2.3.5. Bruxismo.....	16
5.2.2.3.6. Onicofagia.....	16
5.2.4. Intensidad de la succión.....	17
5.2.4.1. Causas que provoca a la succión digital.....	17
5.2.4.2. Aspectos psicológicos.....	18
5.2.4.3. Alteraciones.....	20
5.2.4.3.1. Alteraciones óseas.....	20
5.2.4.3.2. Alteraciones dentales.....	21
5.2.4.3.3. Alteraciones musculares.....	21
5.2.4.3.4. Otros tipos de alteración.....	22
5.2.5. Frecuencia y duración de la succión.....	22
5.2.5.1. Intervención de las edades.....	23
5.2.5.2. Tratamiento.....	24
5.2.5.2.1. Químico.....	24
5.2.5.2.2. Farmacológico.....	24
5.2.5.2.3. Mecánico.....	25
5.2.4.3.4. Psicológico.....	26
5.3. MORDIDA ABIERTA.....	27
5.3.1. Definición.....	27
5.3.1.1. Etiología.....	28
5.3.1.2. Clasificación.....	29
5.3.1.3. Prevalencia y desarrollo.....	30
5.3.1.3.1. Crecimiento del reborde alveolar anterior.....	30
5.3.1.3.2. Crecimiento del tejido linfático.....	31
5.3.1.3.3. Crecimiento facial.....	31
5.3.1.4. Características.....	32
5.3.1.4.1. Características extrabucales e intrabucales de la mordida abierta dentaria.....	32
5.3.1.4.2. Características extrabucales e intrabucales de la mordida abierta esquelética.....	33

5.3.1.4.3. Características cefalométricos de la mordida abierta esquelética.....	33
5.3.2. Paladar profundo u ojival.....	35
5.3.2.1. Definición.....	35
5.3.2.2. Problemas en la fonación.....	36
5.3.2.3. Deglución atípica.....	36
5.3.2.3.1. Formas atípicas de deglución.....	38
5.3.2.3.1.1. Deglución atípica con presión atípica del labio.....	38
5.3.2.3.1.2. Deglución con presión atípica de la lengua.....	38
5.3.3. Proclinación dentaria anterior.....	39
5.3.3.1. Protrusión.....	39
5.3.3.3. Problemas verticales.....	40
5.3.3.4. Diastemas.....	42
5.3.3.5. Overjet.....	43
5.3.3.6. Overbite.....	43
5.3.3.7. Discrepancia del overjet y overbite.....	43
5.3.4. Maloclusión.....	44
5.3.4.1. Conceptos.....	44
5.3.4.2. Tipo de maloclusión.....	44
5.3.4.2.1. Maloclusión clase I.....	44
5.3.4.2.2. Maloclusión clase II.....	45
5.3.4.2.3. Oclusión clase III.....	46
5.3.5. Tratamiento.....	47
5.3.5.1. Tratamiento de la mordida abierta dentaria.....	47
5.3.5.2. Tratamiento de la mordida abierta esquelética.....	47

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA.....	52
6.1. Método.....	52
6.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	52
6.1.2. Nivel o tipo de investigación.....	52
6.1.3. Técnicas.....	53

6.1.4. Instrumentos.....	53
6.1.5. Recursos.....	53
6.1.5.1. Talento humano.....	53
6.1.5.2. Recursos tecnológicos.....	53
6.1.5.3. Recursos materiales.....	54
6.1.5.4. Recursos económicos.....	54
6.1.6. Población y muestra.....	54
6.1.6.1. Población.....	54
6.1.6.2. Tamaño de la muestra.....	55
6.1.6.3. Tipo de la muestra.....	55

CAPITULO VII

7. RESULTADO DE LA INVESTIGACION.....	56
7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	56
7.1.1. Análisis e interpretación de las encuestas.....	56
7.1.2. Análisis e interpretación de la ficha de observación.....	74
7.2. Conclusiones.....	82

Bibliografía

Propuesta

Anexos

ÍNDICE DE LOS RESULTADOS DE LOS GRAFICUADRO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

GRAFICUADRO#1

1. ¿en qué edad comenzó a tener el hábito de succión digital?..... 56

GRAFICUADRO # 2

2.¿de qué manera realiza la succión digital el niño?..... 58

GRAFICUADRO # 3

3. ¿cuál es el tiempo de duración al día que el niño se chupa el dedo? 60

GRAFICUADRO # 4

4. ¿con que frecuencia el niño se chupa el dedo?..... 62

GRAFICUADRO # 5

5. ¿en qué momento realiza la succión del dedo el niño?..... 64

GRAFICUADRO # 6

7. ¿por qué cree usted que el niño se chupa el dedo?..... 66

GRAFICUADRO # 7

7. ¿cuándo realiza la succión del dedo el niño?..... 68

GRAFICUADRO # 8

8. aparte de que el niño se chupa el dedo ¿ha visto usted que coloca la lengua entre los dientes?..... 70

GRAFICUADRO # 9

9. ¿ha visto usted cambio en la dentición del niño a causa de la succión digital?.....	72
--	----

GRAFICUADRO DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN

GRAFICUADRO # 1

Tipo de paladar.....	74
----------------------	----

GRAFICUADRO # 2

Tipo de mordida.....	76
----------------------	----

GRAFICUADRO # 3

Inclinación dentaria de las piezas anteriores.....	78
--	----

GRAFICUADRO # 4

Tipo de maloclusión.....	80
--------------------------	----

INTRODUCCIÓN

El reflejo de succión está presente en el ser humano incluso antes de salir del vientre materno. Es normal que un niño tenga el hábito de succión digital, en la etapa temprana de la infancia, es decir antes de los 2 años de edad, pero podría convertirse en un problema si pasa de esa edad y no se ha podido controlar el hábito de succión. El hábito de succión digital aparece en estos estadios de desarrollo temprano y no sólo concierne a los padres, sino también a un equipo multidisciplinario conformado por el pediatra, psicólogo, odontopediatra, ortodoncista y terapeuta del lenguaje

Los problemas bucales que surgen como consecuencia de un hábito de succión generalmente son las mordidas abiertas anteriores acompañadas de proclinación, paladar profundo y mal oclusiones que usualmente traen al niño problemas estéticos y de función ya que no pueden hablar bien, además que llevan a otro hábito: la deglución atípica (cuando la lengua ocupa el espacio abierto de la mordida para crear el vacío y lograr tragar los alimentos) que puede llegar a agravar la mordida abierta.

La mordida abierta anterior consiste en una falta de contacto entre los dientes anterosuperiores e inferiores, mientras los posteriores se encuentran en oclusión. También puede haber movimiento vestibular de los dientes superiores y desplazamiento lingual de los dientes inferiores, al igual que una constricción maxilar, que ocurre por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua y produce la mordida cruzada posterior.

Claro está que todos estos problemas varían de la dependencia que le niño tome del hábito en cuanto a intensidad, frecuencia y duración de la succión.

Según la teoría psicoanalítica, la persistencia del hábito de succión digital ha sido atribuida a un impulso psicosexual no controlable que responde a una perturbación psicológica útil para afrontar el estrés; otros autores sostienen que el hábito nace como una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico.

Al término de la investigación, la tesis quedó estructurada en 2 partes. Una parte teórica producto de la investigación bibliográfica y la otra parte práctica resultado de la investigación de campo, lo cual permitió organizar un contenido teórico-práctico coherente.

ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población.

Sufrir de maloclusión causa problemas en el desarrollo facial y craneal, altera no sólo la relación normal de los dientes entre sí y la de los maxilares; sino que afecta todas las funciones asociadas con el sistema estomatognático como son: La masticación, deglución, fonación, respiración, además de los efectos sobre autoimagen y autoestima en la apariencia física. La presencia de maloclusión genera también cambios en la armonía, simetría y proporción facial.

La mordida abierta es una maloclusión, que provoca problemas funcionales y estéticos, a mediados del siglo XIX, se definió la mordida abierta como la maloclusión en la que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto en los antagonistas, siendo el factor causal principal el hábito de succión digital.

La succión digital es un hábito deformante considerado norma hasta los 3 años de edad, cuando persistes más allá de esta edad se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad o un deseo de llamar la atención que puede tener repercusiones tanto a nivel social de niño como a nivel orgánico pudiendo producir modificaciones en la posición de los dientes.

Durante las últimas década la población infantil ha sido diana de los programas preventivos comunitarios bucodentales, debido a la importancia que tiene los niños como futuro ente activo de la sociedad; la tarea de fomentar su salud general es vital. Por ello, y debido a que el hábito de succión es susceptible de ser modificado por métodos educativos se ha considerado realizar el presente estudio en un grupo de niños con succión digital lo cual contribuirá a disminuir la prevalencia del hábito y la gravedad de la mordida abierta.

En el lugar escogido, según experiencias vividas e información obtenida no existen ningún tema de investigación con respecto a la succión digital y su incidencia en la mordida abierta en los niños de succión atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Esta se podrá llevar a cabo mediante una interacción entre padres, niños, estudiantes y profesionales.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños considerado normal hasta la edad de 3 a 4 años y que generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. Cuando este hábito persiste durante las edades de 5 a 11 o más es fuente de problemas bucales serios.

Se describe que en los países occidentales los diferentes autores oscila entre el 15-45% de niños que presenta este hábito. 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 con una prevalencia del 20,7% presentaban el hábito de succión digital, resultando el sexo femenino el más afectado con un 62,7%; y el grupo de edad de mayor incidencia fue el comprendido entre los 7 y 8 años.

Uno de los problemas bucales que surgen como consecuencia de un hábito de succión digital, generalmente son las mordidas abiertas anteriores acompañadas o no de mordidas cruzadas posteriores, estudios demostraron que el 16% de los niños con hábito de succión presentan una mordida abierta que usualmente traen al niño problemas estéticos y de función ya que no pueden hablar bien, además que llevan a otro hábito como: la deglución atípica (cuando la lengua ocupa el espacio abierto de la mordida

para llenar el vacío y lograr tragar los alimentos) que puede llegar a agravar la mordida abierta.

En el Ecuador al igual que los demás países del mismo nivel de desarrollo existes una prevalencia significativa de pacientes con succión digital que presentan una mordida abierta. La incidencia según una investigación realizada en la Universidad Central de Quito arrojó como resultado un 60% de niños con mordida abierta y el 40% estuvo precedido a otras anomalías.

En cuanto a nivel local en el establecimiento de la Universidad San Gregorio no se encontró ningún dato que compruebe que se haya realizado específicamente estudios de succión digital con incidencia en mordida abierta. Sin embargo se presenta un porcentaje significativo de estos pacientes con hábito de succión en las clínicas de la misma, que ameritan, que sean estudiados para realizar la investigación.

La mordida abierta anterior consiste en una falta de contacto entre los dientes anterosuperior e inferior, mientras los posteriores se encuentran en conclusión. También puede haber movimiento vestibular de los dientes superiores y desplazamiento lingual de los dientes inferiores, al igual que una constricción maxilar, que ocurre por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua y produce la mordida cruzada posterior y profundidad del paladar.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se ha formulado de la siguiente manera:

¿Cómo incide la succión digital en la mordida abierta de los niños que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de la ciudad de Portoviejo?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La succión digital es un mal hábito oral que se empieza en muy temprana edad que normalmente se pierde a raíz que va creciendo el niño, en algunos casos este hábito se puede llevar como costumbre ocasionando serios problemas tanto para la salud bucodental como mental del paciente ya que se verá afectada la parte estética y la funcionalidad oral. Unos de los hallazgos que pueden traer como consecuencias una succión digital es la mordida abierta que se presenta como una anomalía dentaria en donde se verán afectada lengua, paladar, piezas dentarias y consigo presenta dificultad en la deglución, en habla y sonrisa.

Esta investigación se la realiza por la elevada incidencia de mordidas abiertas en los pacientes con succión digital y el desconocimientos de los padres sobre el grave daño que puede estar causando el hábito en la oclusión dental del niño. Siendo de gran importancia para considerar los efectos y causa de la mordida abierta y lo necesario que es tener buena relación dentaria para la correcta funcionabilidad oral ya que presentando una mordida abierta habrá problemas en la deglución y en la fonética por la mala posición lingual.

Se aportará de manera significativa a la Ciencia de la Salud, en el área de Odontología porque se investiga cuáles son las malformaciones con mayor frecuencia que puede estar causando un hábito de succión digital, de igual manera aporta a la ciencia de la Psicología porque por medio de esta

investigación se determinará los factores que influyen en la succión del dedo.

Tendrá beneficios a los estudiantes y los docentes ya que cuenta con estudios científicos actuales que servirán como una fuente de información en la carrera de Odontología.

No se encuentra datos de que en la Universidad San Gregorio se haya realizado alguna vez investigaciones sobre el problema de mordida abierta por succión digital, por esta razón los profesionales que laboran en la Universidad se han comprometido a brindar la ayuda necesaria para realizar el estudio. Y de esta manera se cuenta con la motivación, incitación, tiempo requerido y colaboración de todos los implicados en este trabajo, además existen los recursos económicos necesarios y fuentes bibliográficas como son registros clínicos y datos personales de los pacientes con ésta malformación.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Determinar la incidencia de mordida abierta en niños con succión digital atendidos en la Universidad San Gregorio, del Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí.

3.2. Objetivos específicos

- Valorar la intensidad de la succión digital para relacionarlo con la presencia de paladar profundo.
- Identificar la frecuencia en que se realiza la succión digital para evaluar la proclivación dentaria anterior.
- Identificar el tipo de mal oclusión para relacionarlo con la duración de la succión digital.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema encontrado

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

La succión digital incide significativamente en la presencia de mordida de abiertas en los niños que acuden a la Universidad San Gregorio del Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Marco institucional

La Universidad San Gregorio de Portoviejo fue creada el 21 de Diciembre del 2000. En el transcurso de ese año se reunieron un grupo de profesionales de la institución, para discutir las aspiraciones de muchos bachilleres y la limitada cobertura dental a la población urbana, de esta manera se decidió abrir la carrera de odontología la que fue creada el 2 de mayo, la misma que inicio por primera vez clase el 14 de mayo del mismo año.

La primera clínica odontológica fue inaugurada el 23 de septiembre del 2002 con la asistencia de autoridades de la universidad San Gregorio y estudiantes, comenzando a funcionar en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile. La segunda clínica odontológica se inauguró en la entrada del Colegio 12 de Marzo completa y exclusiva para los estudiantes a partir del sexto semestre. El 15 de septiembre del 2006, se inauguraron las áreas para prácticas odontológicas ubicadas en el edificio N.1 del nuevo campus de la Universidad San Gregorio ubicada en la Avenida Metropolitana, estas áreas constan de 3 clínicas: la clínica "A" y "B" con 15 sillones cada una y la clínica "C"; existe un área de revelado, una área administrativa en cada clínica y una sala de espera para comodidad de los pacientes. El 14 de mayo del 2010 se inauguró un moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiología con tres equipos de radiología y zona de revelado.

En la clínicas odontológica de la Universidad San Gregorio se atienden a un sin números de pacientes que requieren ser atendidos por diversas causas, Unos de los problemas muy citados en esta área es el la salud de los niños en el campo de ortodoncia u odontopediatria, en el cual se llevara atención a aquellos pacientes que presentan hábitos orales como lo es la succión digital que conllevará a una anomalía bucal entre ella prevalece la mordía abierta que amerita ser estudiado.

5.2. SUCCIÓN DIGITAL

5.2.1. Hábito

Los hábito oral es la tendencia a un acto que se ha convertido en una realización repetitiva, relativamente fija constante, fácil de efectuar y casi automática. Una vez aprendido los hábitos pueden producirse sin intención de la persona y presentarse sin control; y son difíciles de modificar.¹

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.

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las

¹MOSBY, Diccionario de Odontología, Segunda Edición Elsevier España, 2009 - 805 p

alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

5.2.1.1. Definición de succión digital

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo o más a la cavidad bucal es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura periodo oral. El Chuparse el dedo por lo general empieza desde los primeros años de vida del niño, puede considerarse normal hasta los tres años de edad cuando persiste más allá de esa edad se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad un deseo de llamar la atención, que puede tener repercusión tanto en el entorno social del niño como a nivel orgánico; pudiendo producir modificación en la posición de los dientes, en la relación de las arcadas dentarias, dando lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño.²

A nivel social puede interferir en su desarrollo ya que puede ocasionar que el menor sea objeto de burla, crítica, rechazo e incluso castigo. Los efectos de este hábito que se dan en la oclusión dependerán de la duración, frecuencia, intensidad, número de dedos implicados, de la posición con que este se introduce y por último, el patrón morfo-genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia.

²COMAS Luís, Begoña Odriozola. Salud de Nuestros Hijos. CEAC. Barcelona. 2007. 127 p.

5.2.1.2. Etiología

La etiología de la succión digital se deriva de dos teorías del comportamiento que intenta explicar el origen del hábito de succión digital, la teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual y la teoría del aprendizaje. Ambas teorías suponen que alguna condición normal del desarrollo promueve el origen de este hábito.

Existen 5 etapas de la personalidad de estadios psicosexuales que están asociados a las áreas sensitivas del cuerpo. El primer estadio es el oral o narcisista que dura desde el nacimiento hasta el año de edad y se enfoca en las necesidades de satisfacción de la boca y del tubo digestivo, e incluso de la lengua y los labios. En él se encuentra la succión digital que es una forma de satisfacer el área sensitiva del cuerpo.

La teoría psicoanalítica ve la continuación del hábito más allá de los tres años como una manifestación de 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 del niño. La teoría del aprendizaje sugiere que la succión digital es un patrón de comportamiento y que, en cierta circunstancia, se convierte en adaptación.

5.2.2. Posición del dedo succionado

5.2.2.1. Características

Por lo general se realiza la Succión del pulgar que consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral, apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, y dirigiendo la uña hacia el suelo de la boca. En

cuanto a la mano, no existe predilección por ninguna de las dos en concreto y cualquiera puede ser la favorita.³

Succión de otros dedos: Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).y cualquiera de los dedos produce alteraciones dentobucuales como:

- Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos antero inferiores.
- Succión de varios dedos Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

5.2.2.2. Secuelas del dedo

Algunos estudios han demostrado que la posición que se tome a la hora de succionar causara de deformidades con respecto a la dirección del dedo más aún si se mantiene por mucho tiempo y estas deformaciones solo pueden ser corregidas quirúrgicamente.

³MENDZA Mendoza Asunción, Solórzano Enrique Reina. Cuaderno Teórico y Práctico. España. 2007p

El dedo que es utilizado para la succión del niño se identifica a simple vista por que tiene un aspecto bastante notorio, en algunas ocasiones presentan formas aplanada, La formación de callos, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros y deformación del dedo⁴.

5.2.2.3. Hábitos asociados

5.2.2.3.1.Mordida del labio

Morderse el labio, es un hábito que puede producir problemas verticales semejantes a chuparse el dedo. La mordida del labio, debe sospecharse en los niños que exhiben una mordida abierta dental anterior, sin el hábito aparente de succionarse el dedo.

La succión del labio puede observarse aislada o acompañada de succión del dedo, puede ser el labio superior o inferior, trayendo como resultado linguoversión o labioversión según de donde provenga la presión. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento en el segmento anterior inferior. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior, pueden ser notados por un dentista observador, aunque el padre no esté consienten del hábito.

5.2.2.3.2. Protrusión lingual

Se describe como protrusión lingual, a la extrusión de la lengua o una de las tres condiciones abajo mencionadas o la combinación de ellas:

⁴ZITELLI, B.J. Atlas De Diagnóstico Mediante Exploración Física en Pediatría+ Online Access Elsevier. España. 2009. 286p

- Un gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución.
- Dirigir la lengua hacia el frente, entre o contra la dentición anterior con la mandíbula abierta durante el habla.
- Un movimiento de la lengua hacia el frente, contra o entre los dientes anteriores cuando están en reposo.

La posición anterior de la lengua durante la deglución, es normal en los lactantes y por lo tanto muchos creen que la deglución con la lengua extendida en el niño es sencillamente una etapa normal del desarrollo. La transición de la forma infantil de deglutir a la del adulto, puede ocurrir hasta la pubertad.

5.2.2.3.3. Respiración bucal

Este es un hábito común, que probablemente en la mayoría de los casos, procede de una edad muy temprana y es causado por obstrucción de los pasajes respiratorios, como amígdalas inflamadas, tejido adenoideo o bien una reacción alérgica o simple imitación. Cuando se presenta esta condición, es conveniente la consulta con el otorrinolaringólogo a efecto de confirmar la sospecha⁵.

En la respiración bucal, el aire es recibido directamente por los pulmones sin ser filtrado adecuadamente, calentado y humedecido, tendiendo a elevar el paladar. La boca se mantiene constantemente abierta y cada vez que se respira el aire va directamente a la garganta y entonces la lengua se baja y obliga a la mandíbula, a bajar constantemente con cada inspiración.

⁵C.TORRES Cueco.La columna cervical: evolución clínica y aproximaciones terapéuticas. Principios anatómicos y funcionales. Tomo I edit. Panamericana. Argentina 2008. 146p

El hábito no tiene mayor influencia en la modificación de la porción ósea, aunque los dientes incisivos superiores sean forzados labialmente. Como consecuencia, se introduce en el espacio resultante entre ellos y los incisivos inferiores, el labio inferior, que al tragar es forzado hacia atrás, llevando los incisivos inferiores en sentido lingual y hacia arriba. Los caninos son llevados también en sentido lingual y distal, reduciendo el espacio que le corresponde a los premolares, los cuales permanecen en una infraversión.

5.2.2.3.4. Succión de pacificadores

La necesidad de succión de los infantes, va a ser diferente entre cada uno de ellos. Algunos necesitan de la forma nutritiva y de la no nutritiva, en intervalos muy frecuentes. En cambio otros manifiestan un reflejo de succión infrecuente. Para satisfacer la forma no nutritiva en el niño, los pacificadores son efectivos, además, estos son utilizados para no alterar el horario de alimentación del niño.

Se ha mencionado que hasta el año y medio aproximadamente, existe una necesidad de succionar que se satisface al alimentarse, pero necesita un suplemento de succión que se obtiene por medio del chupete, sábanas, dedos, etc. También se señala que, para satisfacer el fuerte deseo del niño por mamar y su dependencia de éste mecanismo hacia el placer, fue perfeccionado el pacificador o pepe, esperando, reducir la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario volviendo al dedo y al pulgar entre comidas y a la hora de dormir.

5.2.2.3.5. Bruxismo

Este hábito es generalmente nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atrición considerable de las piezas, y puede, incluso quejarse de las molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Las causas exactas del bruxismo permanecen aún en la oscuridad. Tal vez tenga una base emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedad. El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatría. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de acrílico blando, para ser llevado en las piezas dentarias durante las noches.

5.2.2.3.6. Onicofagia

La importancia que tiene considerar el hábito de morderse las uñas, radica fundamentalmente en el hecho de ser uno de los más frecuentes, después de la succión del pulgar y de los otros dedos, y tanto así, que muchos autores consideran que es el resultado directo de la frustración o condenación del hábito digital. Sin embargo, desde el punto de vista del daño que puede ocasionar a la oclusión, carece de importancia, ya que no tiene ningún efecto serio sobre ella, posiblemente debido al hecho de que la acción de los dientes durante el hábito, no difiere marcadamente de la que ejerce durante la incisión y la masticación.

El hábito por lo general se inicia entre las edades de cuatro y cinco años, aumentando su incidencia después de los cinco, siendo mayor en la pubertad, disminuyendo a los quince años y siendo mucho menos frecuente a los treinta. Tiende a desaparecer en la adolescencia y a ser sustituido por otros hábitos tales como fumar, morderse el labio, el uso de goma de mascar, por ser hábitos más socialmente aceptados.

Para el tratamiento, se deben remover los factores emocionales básicos que ocasionen el hábito. Se ha observado buenos resultados con la aplicación de aceite de oliva en las uñas, lo cual tiende a tornarlas suaves, por lo que reduce el deseo de morderlas, pues al disminuir la resistencia, disminuye la satisfacción del acto, también puede colocar sustancias con sabor desagradable a intervalos frecuentes o modificadores de conducta se le da cuando se observa que el niño no realiza el hábito. No es necesario ningún dispositivo.⁶

5.2.3. Intensidad de la succión

5.2.3.1. Causas que provoca a la succión digital

Los niños se succionan el dedo desde muy temprano y lo hacen en diferentes circunstancias, cuando tienen sueño, al estar dormidos, cuando están aburridos, hambrientos, después de comer, en estado melancólico en situaciones de estrés, conflictos familiares o emocionales ; En cualquiera de estos estados el hábito se tornara una costumbre diaria que será difícil despojarlo y cuando el hábito perdura podría ser culpa del propio padre porque cuando ven que su niño sigue chupándose el dedo a edades que ya debería ir dejando el hábito y no están bien informados, recurren a tratamientos de todo tipo con los que seguramente lograrán que aumente la infelicidad de su hijo y se chupen el dedo aún más.⁷

Se quería hacer creer que el niño se chupa el dedo porque la boca es una zona erógena y que chupar le proporciona placer erótico, aunque a primera vista esto puede ser convincente. En otras palabras el niño se procura una

⁶POLIN.A. Richard A, Mark F. Ditmar. Pediatría .Secretos. 3era Edición. Elsevier.España.2006.47 p

⁷RINFKIN Jeremy. Civilización Empática, La Carrera Hacia: Una Conciencia Global. Paidós. España. 2010. 62p

relación de objetos sustitutivo que le satisfaga porque se le niega lo que verdaderamente desea.

La mayoría de veces el hábito persiste por hechos emocionales que afectan a la psicología del niño. No hay mayor trauma para el niño que la frustración del deseo de ser amado como persona y de que su amor sea aceptado y este trauma más que nada lo crea la fijación en la diversa forma de sexualidad infantil a la que el niño se ve impulsado a recurrir en su intento de compensar mediante satisfacción sustitutivas el fracaso de las relaciones emocionales con sus objetos exteriores.⁸

5.2.3.2. Aspectos psicológicos

Es normal que el niño se chupe el dedo cuando necesite consuelo, es regañado, se siente rechazado, aburrido, cansado, solo, inseguro, y con sueño; Esto conduce a desaparecer sin dificultad en niños normales. Cuando no sucede así en el niño que ya está asistiendo a jardín y continua con la conducta, es la manifestación de la decepcionante que le resulta a menudo donde le falta la seguridad afecto y se siente no querido y con miedo.

Muchos psicólogos piensan que esta costumbre no desaparece completamente en algunos adultos sobre todo en quienes la necesidad de la etapa oral no quedó totalmente satisfecha. El resultado son adultos que siempre deben tener algo en la boca: dulces, chicles, cigarro, comida, lápiz, anteojos, o se muerden las uñas o los pellejos de los dedos.

Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares, el niño se refugia en la succión sin importar en qué lugar se encuentre para escapar del mundo real que le parece muy duro. La succión no nutritiva puede surgir

⁸ BORT. Julie. Aviva Pflock, Devra Rrenner. Mama Culpable. Edit. Norma. Bogotá 2006. 66p.

como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento.⁹

Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar. Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables; mientras que una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo. Una familia donde se abuse física, psicológicamente o simplemente por negligencia, no cumple de manera óptima con sus funciones básicas y se convierte en fuente de insatisfacciones y malestar y es capaz de generar conductas que rompen el equilibrio, biológico, psicológico y social que debe tener todo individuo para su desarrollo saludable, siendo unas de las conductas adoptadas el hábito de succión digital.

⁹ GALLARDO Laura Rincón. El Abrazo Que Lleva Al Amor.Edit. Pax. México. 2008. 149p.

Es importante que los padres sean capaces de diferenciar cuando se trata simplemente de una mala costumbre o se trata de un síntoma o foco rojo para avisar que el niño tiene necesidades afectivas más profunda.

5.2.3.3. Alteraciones

La succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentolabiales, especialmente en el sector anterior y cuando ejercen una fuerte intensidad pueden causar también alteraciones en la parte posterior como la mordida cruzada posterior. Si la succión digital se interrumpe alrededor de los 6 años de edad o con la erupción de los incisivos, cualquier alteración dentolabiales podrá ser reversible; pero si esta continua, las alteraciones suelen ser irreversibles y solo podrán ser corregida con tratamientos ortodóntico.¹⁰

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar. La Succión del pulgar y los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral creando una presión negativa.

5.2.3.3.1. Alteraciones óseas

- Paladar estrecho (ojival).
- Prognatismo superior (Maxilar superior tirado hacia delante: El dedo empuja en dicha dirección el hueso superior).

¹⁰RUEDA Plata, Francisco Leal Quevedo. Preguntas de Madres y Padres. Edit. Panorámica. Bogotá. 2006. 214p.

- Retrognatia inferior (Mandíbula inferior retrasada: El dedo frena su crecimiento)

5.2.3.3.2. Alteraciones dentales

El hábito mantenido puede dar lugar a maloclusiones, como norma general los hábitos de succión durante los años de dentición primaria tienen efectos escasos o nulos a largo plazo. Sin embargo si dicho hábito persiste después que los dientes permanentes hayan empezado a erupciónan pueden producir maloclusiones caracterizadas por los incisivos superiores. Las maloclusiones característica derivada de la succión se debe a una convicción entre la presión directa sobre los dientes y una alteración en el patrón de presión de las mejillas y los labios en reposo así tenemos.¹¹

- Incisivos superiores hacia adelante. En ocasiones espaciados entre ellos (diastemas).
- Incisivos inferiores hacia atrás
- Mordida abierta anterior o lateral (existe espacio entre los dientes de arriba y los de abajo en la zona donde se coloca el dedo).
- Mordida cruzada uni o bilateral (por el paladar estrecho).

5.2.3.3.3. Alteraciones musculares

- Hipotonía labial (sobre todo de labio superior).
- Labio inferior hiperactivo, con contracción anormal durante la succión y la deglución. Es decir, al tragar observaremos que el labio inferior realiza un sobreesfuerzo.

¹¹PROFFIT William R. Henry W. Fields, Jr. David M. Sarver Ortodoncia Contemporánea. Elsevier España, 2009 - 751 p

5.2.3.3.4. Otros tipos de alteración

- Boca abierta normalmente.
- Persistencia de deglución infantil. Al existir un espacio entre los dientes de arriba y los de abajo el niño se ve obligado a colocar la lengua entre los dientes para tragar.
- Problemas fonéticos.
- Problemas estéticos.
- Interposición lingual en reposo. La lengua se coloca entre los dientes en reposo.
- Alteraciones en dedo (color y hasta en ocasiones callosidad).
- Labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores.
- Interferencia de la secuencia normal de la erupción (el dedo puede frenar la salida de los dientes).
- 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 noche¹²

5.2.4. Frecuencia y duración de la succión

Ambas representan un papel crítico en el movimiento dentario causado por el hábito del dedo. De cuatro a seis horas de presión al día es probablemente lo mínimo necesario para causar movimientos dentarios.

Si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.¹³

¹²<http://www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm>

¹³CARDENA Palma Ascensión, Fátima Sánchez Aguilera. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. Edict. Paranifo, España. 2007

La duración presenta la función más crítica en los movimientos dentales, una duración de cuatro a seis horas al día origina movimientos dentales importantes.

Chuparse el dedo por tiempo prolongado puede afectar severamente la mordida de su hijo y contribuir al desarrollo de dientes amontonados o torcidos, así como también el desarrollo de labio y cara¹⁴

5.2.4.1. Intervención de las edades

Tras el parto en la fase oral de desarrollo, la succión del pulgar es de tipo fisiológico, es la expresión del reflejo de succión y de la coordinación mano boca para comprender el entorno, además proporciona sensación de placer, bienestar corporal y alivia los miedos. En esta fase es importante la atención emocional de la madre hacia el hijo.

Con la erupción de los dientes de leche va finalizando el período de lactancia y van ganando en importancia las actividades de masticación y mordida. Este es el primer impulso de separación de madre-niño. La succión digital tiene ahora la satisfacción sustitutoria. Entre el tercer y sexto año de vida el niño va madurando gracias a otras actividades que van convirtiendo a los hábitos el dedo en superfluos. Este hábito negativo que ahora puede ser abandonado puede perdurar todavía durante algún tiempo hasta hacerlo autónomo este grupo de pacientes son capaces de abandonar fácilmente el hábito.¹⁵

Si en el período escolar el comportamiento de la succión se ve alterado se establece la fase regresiva oral infantil en donde la intensidad será representada de manera perjudicial para la dentición ya que aquí vendrá la erupción de los dientes permanentes.

¹⁴SANCEZ Saravia Claudia. Protegiendo los dientes de tu bebe. Guía práctica para padres .bolivadental. Bolivia. 2007. 82p.edit.

¹⁵ BENGEL Wolfgang. Valoración y Profilaxis Elsevier. España. 2007. 241P.

5.2.4.2. Tratamiento

Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, sicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor) y padres. Además es imprescindible contar con la participación activa del niño.

Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán los daños que este cauce. Es precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten estos malos hábitos en sus inicios así como también expliquen y eduquen a las madres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión o el desarrollo dentofacial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas maloclusiones y ayudar al odontólogo a interceptarlas¹⁶

5.2.4.2.1. Químico

La terapia química emplea preparaciones calientes o picantes, así como agentes desagradables al gusto que se aplican en los dedos o los pulgares. Esta sustancia, como la pimienta de cayena y el aza fétido, se ha utilizado para convertir el pulgar o los dedos en algo tan desagradable al gusto que el niño los mantendrá alejados de su boca. Estas preparaciones resultan eficaces en un número limitado de niños y solo cuando el hábito no está adecuado de manera firme.

5.2.4.2.2. Farmacológico

Son muy pocos los datos sobre el tratamiento con fármacos de este hábito. Ocasionalmente, se hace referencia a una sedación del niño y un tratamiento genérico de los trastornos obsesivos-compulsivos. No es recomendable la administración de fármacos a niños de corta edad cuando

¹⁶ MARIN.A. Manual de Pediatría Ambulatoria, Panamericana, Bogotá. 2008 241 p

no son imprescindibles, por ser imprevisibles sus efectos sobre el crecimiento y desarrollo.¹⁷

5.2.4.2.3. Mecánico

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son la rejilla palatina que cumple la doble función de bloquear la succión y restringir la interposición lingual, se encuentran en dos tipos: Las removibles que están indicadas en caso de problemas emocionales, en este caso actuaran solo como recordatorio para el hábito y los dispositivos fijo tiene la ventaja de que el niño no los pierda y son muy efectivos ya que los lleva puesto todo el día. Esta aparatología se debe llevar en un periodo alrededor de 4 a 6 meses con objeto de reducir las probabilidades de una regresión. Al retirarse el dispositivo se deben evaluar las condiciones oclusales y funcionales del paciente para instaurar la terapia correctiva de manera temprana.

Otro dispositivo que se puede utilizar Bluegrass tiene la ventaja de no ser visible, y además, tiene la ventaja de ser un estimulantes neuromuscular para la lengua con lo que puede ayudar al pacientes a mejorar su habla. Tiene la desventaja de crear problemas para hablar y deglutir durante las 2 o 3 primeras semanas después de su implantación hasta que el niño se acostumbra.

Ambos son aparatos bien tolerados y herramientas eficaces en el tratamiento de este desorden. Antes de su implantación se debe explicar al

¹⁷RAMIREZ Guillermo Duque. Semiología Médica Integral. Universal de Atoquia. Colombia 2006. 483p

niño que no se trata de un dispositivo punitivo, sino únicamente le sirve de recordatorio de que no debe succionarse el dedo.

Un dispositivo simple para controlar la succión del pulgar o los dedos es por ejemplo la aplicación de cintas adhesivas en ellos. En muchos casos el cambio producido en el carácter del dedo basta para llamar la atención del niño sobre el hecho de que se lo está colocando en la boca. También puede colocarse un aparato de Halley con una barra palatina como un recordatorio del hábito, lo que tiene su importancia ya que sucede a menudo que el hábito de succión del pulgar y los dedos se sitúan a un nivel subconsciente de la atención del individuo. Incluso aunque pueda haber algún deseo por parte del niño de interrumpir el acto, esta acción puede resultar difícil a menos que se dé cuenta de los momentos en que lo está realizando.¹⁸

5.2.4.3.4. Psicológico

- Es conveniente que el pediatra o el dentista le hable al niño de los inconvenientes de succionarse el dedo y explique las consecuencias de ese hábito sobre su boca. Él le hará más caso que a los padres. Para reforzar el consejo, llama o acude unos días más tarde a la consulta del profesional para contarle, con el niño delante, como ha ido la cosa.
- Intenta motivarlo con las mismas palabras de esas otras personas, insistiéndole en que tiene que ser mayor y en que los niños cuando crecen ya no se chupan el dedo. Es mejor convencerlo que obligarlo; las amenazas no harán que el niño coopere.
- Intenta conseguir sustitutos del pulgar, como instrumento musical, charlas, cuentos, canciones que le entregan y le olvidan su pulgar.

¹⁸ CAMERON Angus, Richard P. Widmer Manual de Odontología Pediátrica. Elsevier.madrid.2006. 368p.

- Ofrécele una recompensa, siempre acompañada de elogios por disminuir o suprimir el hábito.
- Comienza a poner límites al uso del pulgar, primero solo en casa, luego en ciertas habitaciones, después exclusivamente en su cuarto y al final solo usara cuando esté en su cama o en la silla.

5.3. MORDIDA ABIERTA

5.3.1. Definición

La mordida abierta es cuando los maxilares han crecido de forma divergente, con el resultado de que los dientes anteriores y abecés muchos de los de los posteriores, no están en contacto. Se trata de una alteración de origen vertical pero que también afecta negativamente a la longitud de la mandíbula al no poderse cerrar la boca completamente.¹⁹

Los conceptos de mordida abierta varían según diferentes autores así se encuentra:

- Carabeli describió que la maloclusión consiste en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contactos con el antagonista.
- Defoulon hizo notar que hay influencias musculares externas e internas en el desencadenamiento de esa falta de contacto.
- Moyers dice que es la falta de un diente o varios para encontrar el antagonista en el arco opuesto.

Así también este concepto varía entre las diferentes escuelas, para unos es la disminución del grado de sobre mordida o resalte vertical normal, para

¹⁹ JAMER Jaume. Sonríe Sin Complejos! A los 30, 40,50 Años con Ortodoncia Lingual Invencible. Edit. Amat. Barcelona. 2009. 90 p.

otros es el contacto borde a borde o una apertura clara entre los incisivos. La mordida abierta puede presentarse con un patrón esquelético subyacente de clase I, clase II o clase III.

5.3.1.1. Etiología

Respecto a la etiología de las mordidas abiertas, en años atrás se impuso un concepto más equilibrado y las investigaciones han resultado de la teoría simplista de que la maloclusión es consecuencia de la herencia; los resultados han demostrado también que no existen explicaciones simples para una maloclusión basada en la función bucal, y que no puede ser considerada como única causa de las maloclusiones.

Es justo señalar que algunas investigaciones realizadas, no han permitido aclarar el papel exacto de la herencia como factor etiológico de la maloclusión. Pero se puede afirmar que existe un determinante genético definido que afecta la morfología dentofacial, pues el patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario. De acuerdo con los conocimientos actuales, los tejidos pueden ser afectados genéticamente: Sistema neuromuscular, dientes, tejidos óseos cartilagosos o tejidos blandos.²⁰

Se ha podido establecer una heredabilidad alta en las dimensiones craneofaciales y relativamente baja en las variaciones de los arcos dentarios, pero sigue sin conocerse el impacto que ello pueda tener en la etiología de las maloclusiones que presentan componentes esqueléticos y dentales. En los niños en etapa de erupción de los incisivos, existe una mordida abierta transicional. Si los hábitos se eliminan antes de los 5 a 6 años de edad, pueden no requerir ningún tratamiento posterior; pero en niños mayores y adolescentes se podrá requerir tratamiento para la corrección de las consecuencias de dichos hábitos²¹.

En conclusión, la etiología de las mordidas abiertas es multifactorial donde la postura, función, y morfología lingual; función respiratoria, masticatoria, patrón de crecimiento esquelético maxilo-mandibular (Rotaciones), y relación

²⁰<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>

²¹www.sociedadcolombianadeortopediamaxilar.org/.

vertical de las bases óseas, son las causantes de dicha maloclusión igual que los hábitos orales.

5.3.1.2 Clasificación

Unas de la formas más usuales de clasificación habla de mordida abierta verdadera y falsa. Las verdaderas responde a un patrón esquelético facial en la que la dolicocefalia e hiperdivergencia en la relación de los maxilares constituye la base de mal oclusión, los huesos están separados entre sí que los dientes no llegan a alcanzar la línea de contacto oclusal. Frente a esta mordida abierta, de origen esquelético y carácter constitucional, estarían las falsas o pseudomordida abierta donde también falta el contacto pero la morfología facial es normal y la apertura tiene un origen local. La relación ósea vertical es correcta y el problema es exclusivamente alveolo dentario.

En la actualidad distinguimos con otros términos, pero con el mismo sentido clasificatorio y se habla de mordida abierta dental y mordida esquelética. Si el desequilibrio óseo es la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los diente o un factor ambiental y los responsables no afectan a la base ósea, la mordida abierta es dental.

Según la zona en donde se asienta la anomalía de la mordida se clasifica en:

- Mordida abierta anterior o simple, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.

- Mordida abierta posterior si afecta los segmentos bucales que está en infra-erupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales.
- Mordida abierta completa si el contacto solo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto inferior como superior.

5.3.1.2. Prevalencia y desarrollo

Los estudios sobre la incidencia de las mordidas abiertas muestran que existe una tendencia hacia la reducción de la maloclusión conforme se avanza en edad. Al revisar la literatura se hace patente que hay más mordidas abiertas en la infancia que en la edad prepuberal o en la adolescencia. No es posible dar cifras sobre la incidencia general de esta anomalía por que dependerá tanto del criterio con que se califique la existencia o no de la mordida abierta como de la edad del grupo que se analiza.

5.3.1.3.1. Crecimiento del reborde alveolar anterior

Como también se sabe que los hábitos de succión son más frecuentes en los primeros años de vida, se puede concluir que la edad es un factor importante en la génesis de la mordida abierta. Indudablemente, la presencia prolongada del dedo o del chupete afecta el desarrollo normal de la apólisis alveolar e inhibe la erupción de los incisivos provocando la mordida abierta.²²

En definitiva, cabe esperar mas mordidas abiertas en la infacia porque hay mas anomalías de succión a esa edad, y la supresión del hábito comporta la autocorrección espontánea de la maloclusió.

²² CÁRDENAS Palma Ascensión. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica paraninfo. España 2010. 302p

5.3.1.3.2. Crecimiento del tejido linfático

El tejido linfático presente en la naso y orofarínge, las amígdalas y vegetaciones, está más desarrollado en la infancia por el rápido desarrollo que tienen en los primeros años de vida. La hipertrofia crea una obstrucción nasofaríngea que altera la función respiratoria y la dinámica estomatognática. La lengua puede verse forzada a desplazarse hacia delante situándose entre los incisivos y oponiéndose a su erupción.

La mordida abierta es, a veces, consecuencia del problema respiratorio por la disfunción lingual concomitante. La involución con la edad del tejido linfático y el mayor crecimiento proporcional de la nasofarínge alivia la situación; remite la disfunción y se cierra gradualmente la mordida abierta al cesar la causa que la provocó. Tan pronto como se restablezca el equilibrio y el crecimiento de la cavidad oral sea proporcionalmente mayor que el de la lengua, desaparecerá espontáneamente la mordida abierta. La edad y el crecimiento resuelven ésta maloclusión y explican el menor porcentaje de mordidas abiertas en el adulto que en el niño.

5.3.1.3.3. Crecimiento facial

Se describía un factor primordial en la evolución de la mordida abierta con estas palabras: Cuando los cambios por el crecimiento son favorables, el pronóstico de los casos de mordida abierta es excelente y puede no requerir tratamiento ortodóncico; cuando es desfavorable, el resultado es cuestionable.

Hay dos tipos extremos de crecimiento de acuerdo con el patrón de rotación mandibular: La rotación anterior, que tiende a cerrar la mordida, y la rotación posterior, que tiende a abrirla. La variación extrema en el crecimiento es un factor que contribuye a resolver o empeorar una maloclusión vertical. En el caso de la mordida abierta, una apertura moderada se agravará con la rotación posterior de la mandíbula y mejorará, en el tiempo, con la rotación anterior.

5.3.1.3. Característica

Entre las del paciente con mordida abierta se encuentra la boca entre abierta en reposos, la respiración bucal diurna y nocturna, las ojeras marcada los orificios nasales estrechos y un estado de cansancio casi permanente. Muchos de estos pacientes son roncadores y no pocos de ellos sufren de apnea nocturna. Como es conocida la apnea es una causa de muerte súbita, sobre todo en las personas que sufren de cuello corto y sobre peso, lo cual se agrava por problemas de respiración bucal diurna y nocturna.²³

También presentan aumento del ángulo genial, ángulos de los planos inferior y oclusal, cuerpo mandibular y rama ascendente del maxilar inferior pequeño, mayor altura facial anterior inferior, menor altura facial anterior superior, mandíbula retrusiva, mayor altura facial anterior y menor altura facial posterior, tendencia a una clase II, planos cefalométricos divergentes, base craneal anterior pronunciada y Sellado labial inadecuado.

5.3.1.4.1. Características extrabucales e intrabucales de la mordida abierta dentaria

La mordida abierta es localizada y no se extiende más allá de los caninos. Se necesita adaptación labial y lingual para lograr el sellado bucal. La

²³ HARFIN Julia. Ortodoncia: Procedimientos Y Aplicación Clínica. Panamericana. España. 2010.123 p.

curvatura anterior de la arcada mandibular se aplanan por la presión del labio inferior, se retroinclinan los incisivos inferiores y aparece un ligero apiñamiento. Si la mordida abierta es producida por un hábito de succión digital, la protrusión de los dientes superiores y la retrusión de los inferiores es más acentuada, está aumentado el resalte y hay apiñamiento severo.

5.3.1.4.2. Características extrabucales e intrabucales de la mordida abierta esquelética

Tercio inferior facial está aumentado. El perfil será convexo, recto o cóncavo, dependiendo de la relación anteroposterior de los maxilares con respecto a la posición dentaria, pero siempre estará presente la característica del patrón dolicofacial. La cara es larga, la nariz estrecha y presenta gran actividad muscular para establecer contacto labial.

Por incremento de la altura facial inferior se produce una incompetencia labial y un mal funcionamiento de los mismos, además existe una gran tensión de toda la zona peribucal. Presenta exposición gingival excesiva, al sonreír, ya que presenta una apófisis alveolar larga, presenta gingivitis con frecuencia por el contacto de la encía con el aire que se respira por la boca.

5.3.1.4.3. Características cefalométricos de la mordida abierta esquelética

- La diferencia entre la altura facial anterior (plano SN - mentón) y la altura facial posterior (plano SN - gonion) es muy marcada.

- Se observa hiperdivergencia facial anterior. El plano Silla- Nasion (S-N), plano palatino, el plano oclusal y el mandibular tienen un punto de convergencia posterior y divergen hacia delante, hacia la parte anterior de la cara.
- La base craneal suele no estar afectada, aunque Subtenly y Sakuda (5) encontraron una disminución de la Silla - Basion, en las mordidas abiertas esqueléticas, indicando una base craneal corta.
- Suele haber 2 planos oclusales: uno superior y otro inferior. El ángulo que forma el plano oclusal superior con SN es normal, y el ángulo que forma el plano oclusal inferior con SN está aumentado. Los planos oclúyales superior e inferior son divergentes.
- El ángulo SN - PIPt (plano Palatino) , era menor en las mordidas abiertas porque la espina nasal anterior estaba elevada con respecto a la posterior, parece como si el maxilar superior no se desarrollara lo suficiente en el plano vertical a nivel de la premaxila.
- El ángulo que forma el plano mandibular con la base craneal es más alto, es excesivamente empinado, esta hiperdivergencia es debida a que la rama mandibular es más corta de lo normal y a que el ángulo rama-cuerpo mandibular está más abierto en estas maloclusiones, es decir, que el ángulo goníaco es obtuso.
- Los dientes posteriores tienen una inclinación mesial.
- Los molares y los incisivos inferiores están en supraerupción. aumento de la altura de la apófisis alveolar superior en las mordidas abiertas esqueléticas como mecanismo compensatorio por parte de la zona premaxilar ante la rotación posterior de la mandíbula, así se

explica la sonrisa de encía de estos pacientes aun en casos de tamaño labial adecuado.

- No existe una Curva de Spee normal en el arco inferior.

5.3.2 Paladar profundo u ojival

5.3.2.1 Definición

Es un hallazgo clínico bastante frecuente aunque en 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.²⁴

Cuando un paciente tiene una mordida abierta ocasionada por succión digital es más probable que presente un paladar ojival, lo más habitual es proceder a una expansión del paladar. No siempre es posible realizar esta expansión con la aparatología de ortodoncia. Hasta los 14 años aproximadamente, existe una sutura que divide el paladar en dos por la mitad. Esta sutura con el crecimiento se suelda y desaparece. Mientras exista esta sutura, la aparatología de ortodoncia puede crear una expansión del maxilar superior separando las dos partes del paladar. Una vez desaparece la sutura, la expansión ósea ya no es posible y lo único que podemos conseguir con ortodoncia es una inclinación de las piezas dentales hacia la posición normal. Si deseamos una expansión ósea en edad adulta, existe la opción de realizarla con aparatología fija asistida quirúrgicamente. En este caso lo que se haría es abrir la sutura en el quirófano y tras la intervención proceder

²⁴ ZITELLI J. Basil. Atlas de Diagnóstico Mediante Exploración Física en Pediatría. 5ta. Edit. Elsevier. España2009 .926p.

a la expansión con algún aparato ortodóntico, normalmente con un disyuntor o Hyrax.

5.3.2.2. Problemas en la fonación

La dificultad en las articulaciones de las palabras esta generalmente causada por alteraciones orgánicas del paladar óseo y del velo del paladar. Aunque el paladar ojival puede favorecer la reproducción de las distorsiones en la articulación t, d, i, son muchos los niños y niñas que se han encontrado con esta patología orgánica y que de modo alguno han visto alterada su articulación como consecuencia del mismo, por lo que, en general, cualquier dificultad articulatoria (dental alveolar palatal) que podamos encontrar coincide con la existencia de un paladar ojival en el sujeto.²⁵

5.3.2.3. Deglución atípica

La deglución atípica se considera una falta de maduración en las funciones de la deglución. Los sujetos con esta disfunción presiona anterior y lateral mente la lengua contra las arcadas dentaria durante la deglución. Los factores que favorecen a la perpetuación de este patrón de deglución inmaduro son los malos hábitos orales como la succion del dedo o del labio²⁶

En la deglución atípica la movilidad de la lengua sigue un sentido antero-posterior y no en sentido vertical, manteniéndose características de la etapa de succion, bien por encontrarse la lengua con un cierto grado de anquiloglosia por un frenillo lingual corto o bien por otra causa. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua lleve el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter-incisivo.²⁷

El acto de la deglución repetido frecuentemente puede tener un efecto marcado sobre el maxilar superior e inferior. La retención prolongada de la

²⁵ ANTUÑA Ribes Dolores. Técnicos de Educación Infantil. Junta de Extremadura. 1era edic. edit. Mad, s.l, España. 2006 19 p.

²⁶ TORRES Cuenco R. La columna cervical evaluación clínica y a aproximaciones terapéuticas. Panamericana. Madrid. 2008 p 146

²⁷ C, SUAREZ. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello. Edit. Panamericana. España 2008.146 p.

deglución infantil o visceral es una de las principales Deglución Atípica asociada a causas de las maloclusiones. La Maloclusión a deglución atípica ocurre cuando el mecanismo innato de la deglución es interrumpido. Uno de los trastornos más importantes y más involucrados en la deglución atípica es la mordida abierta.

La deglución atípica es frecuentemente acompañada de ruido cuando se digieren líquidos, pudiendo desarrollar también movimientos de compensación de la cabeza durante la deglución. Debido a la falta de coordinación entre la respiración y la masticación, esta segunda es insuficiente, siendo frecuente los atragantamientos. Cuando habla, el afectado por la deglución atípica, manifiesta una fuga lateral o anterior de la lengua que resulta en siseo lateral y siseo anterior, respectivamente. El siseo anterior se verifica con mayor frecuencia. El paciente deja escapar constantemente gran cantidad de saliva cuando habla. Su voz es ronca o nasal.

El tratamiento de la deglución atípica requiere de Ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual, Elástica en la punta de la lengua usando d dos elásticas en el labio y otro en la punta de la lengua, utilización de aparatología física o movable (rejilla lingual o perla de tucat). También se reconoce como empuje lingual, en el cual la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño y su posición en reposo y función son muy importantes. En cuanto al tamaño se relaciona con el tamaño de la mandíbula, pudiendo existir macroglosia que se evidencia cuando el paciente se toca el mentón con la punta de la lengua.

5.3.2.3.1. Formas atípicas de deglución

5.3.2.3.1.1. Deglución atípica con presión atípica del labio

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclina en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

5.3.2.3.1.2. Deglución con presión atípica de la lengua

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del musculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción.

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

Tipo I: No causa deformación

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

- **Mordida abierta anterior:** La presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. en consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
- **Mordida abierta y vestibuloversión:** La lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión).
- **Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior:** el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

5.3.3. Proclinación dentaria anterior

5.3.3.1. Protrusión

Es un signo común de la retroposición mandibular causante y se refiere a la extrusión de los incisivos superior más allá del 2, 2 mm por delante de los inferiores. Los pacientes que tiene dientes prominentes presentan una falta

de balance facial y dental, que afecta en forma considerable la estética facial.²⁸

El clínico debe de diferenciar dos problemas que parecen iguales. Pero que son de origen diferentes:

- La Protrusión Alveolo Dental: En este caso la inclinación axial de los incisivos es normal pero el hueso basal y alveolar los posiciona a delante.
- La Vestibularización: Es un cambio en la inclinación o angular de los incisivos.

5.3.3.2. Problemas verticales

La mordida abierta aparece durante la dentición primaria y suele afectar a niños con proporciones esqueléticas correctas que tienen hábitos de succión. Si las proporciones esqueléticas son correctas, la mordida abierta anterior tiende a corregirse espontáneamente al abandonar el hábito de la succión. En la mayoría de los casos, no está justificado emplear métodos expeditivos para evitar que un preescolar se chupe el dedo (como aparatos dentales u otros métodos coactivos). Hasta los 5 años más o menos, es probable que el hábito de la succión provoque problemas duraderos en niños con buenas relaciones maxilares esqueléticas.

No está indicado el empleo de aparatos ortodóntico para cerrar de forma activa una mordida abierta durante la dentición primaria. No hay motivos para colocar un aparato, ya sea para modificar un hábito o para desplazar

²⁸ FRIEDMAN. Apnea del sueño y roncopatía. Tratamiento médico quirúrgico. Elsevier. España. 2009. 7 p

los dientes, si existe la posibilidad de que la situación se corrija sola sin ningún tipo de tratamiento. También es posible que una mordida abierta se deba a una discrepancia maxilar esquelética de tipo Dolicofacial, caracterizada por una mayor altura del tercio anteroinferior de la cara.

Es poco probable que se produzca una corrección espontánea de la mordida abierta en estos niños. No obstante, no está indicado aplicar algún tratamiento para modificar el crecimiento, por los mismos motivos aducidos para las relaciones de Clase II y Clase III esqueléticas: si se corrige el problema durante la dentición primaria, es probable que resida con relativa rapidez al interrumpir el tratamiento activo.

En el caso de la mordida abierta anterior, los indicios esqueléticos de la mordida abierta anterior son el aumento de la altura facial anterior y un plano mandibular empinado; ambos signos reflejan un crecimiento vertical excesivo del maxilar superior y rotación de la mandíbula, así como una excesiva erupción de los dientes posteriores. Debido a la rotación posteroinferior de la mandíbula es probable que el paciente desarrolle una relación de maxilar de clase II además del problema vertical. El tratamiento para modificar el crecimiento va dirigido para controlar el crecimiento maxilar vertical y la erupción en ambos arcos dentales.

En niños más pequeños, la causa principal de mordida abierta anterior es el hábito de la succión u otras influencias ambientales. Es frecuente que durante el periodo de dentición mixta se produzca una corrección espontánea de las mordidas abiertas causadas por esos hábitos que puede favorecerse mediante un tratamiento relativamente sencillo. Sin embargo, al

llegar a la adolescencia las causas ambientales de mordida abierta anterior tienen menos importancia que los factores esqueléticos. Es raro, que la mordida abierta anterior en un adolescente se deba exclusivamente a algún hábito o que la mordida abierta se corrija espontáneamente tras corregirlo.

5.3.3.4. Diastemas

Un diastema es un área de espacio adicional entre dos o más dientes. El diastema puede observarse con mayor frecuencia en los dos dientes frontales del área maxilar superior. Muchos niños experimentan diastema cuando caen los dientes de leche aunque, en la mayoría de los casos, estos espacios se cierran cuando brotan los dientes permanentes.

Los diastemas también pueden ser causados por una discrepancia en el tamaño del diente, por la falta de dientes o un frenillo labial demasiado grande, el tejido que se extiende desde la parte interior del labio hacia el tejido gingival, donde se localizan los dos dientes frontales superiores. Las razones secundarias comprenden problemas de alineación oral, tales como dientes salidos o una sobremordida horizontal (resalte).

Cuando hay la presencia de hábitos orales también es muy frecuente que se presenten los diastemas, en caso de los pacientes con succión digital ya que persistente son notorios los espacios interdientales debido a la presión que ejerce con el dedo succionado los incisivos superiores tienen a desviarse y por ende tendrán ligera separaciones quedando el espacio llamado diastema. Suelen estar acompañando a la mordida abierta por las diferentes maloclusiones dentarias que existen.

5.3.3.5. Overjet

También es llamado sobre mordida horizontal. Es la distancia en milímetros que existe en sentido anteroposterior entre los incisivos superiores e inferiores. Ocurre cuando los dientes superiores están muy por delante de los inferiores, a menudo el labio inferior queda atrapado entre los dientes superiores, ocasionando que el problema sea mayor. Puede presentar mordida cruzada anterior. El valor normal es de 1 – 3 mm.

5.3.3.6. Overbite

También llamado sobre mordida vertical es la distancia en milímetro que existe entre los bordes incisales superiores e inferiores en el plano vertical que ocurre cuando los dientes superiores sobre pasan a los inferiores más de un tercio, a veces la mordida es tan profunda que los dientes inferiores tocan el paladar. Se pueden presentar mordida abierta anterior o posterior, mordida profunda y relaciones normales. El valor normal es de 1 – 3 mm.

5.3.3.7. Discrepancia del overjet y overbite

Cuando el overjet es negativo, es decir cuando los incisivos yacen por detrás de los mandibulares, se tiene una mordida cruzada anterior, que usualmente se relaciona con una mordida de Angle tipo III. Si el overjet o sobremordida vertical es mayor que lo normal, suele corresponder a una mordida de Angle clase II. Las alteraciones verticales pueden deberse a dos sentidos: si está aumentada más de 4mm, se denomina mordida profunda; si, por el contrario, el Overbite es negativo hay un espacio entre los incisivos maxilares y mandibulares se denomina mordida abierta.²⁹

²⁹ SCHMALBACH Eslava Javier. Semiología Quirúrgica. Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. 2006. 276p

5.3.4 Maloclusión

5.3.4.1 Concepto

Es la alineación incorrecta de los dientes. Puede ser debido a anomalías de tamaños o de posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación o de los tipos de relaciones oclusales. El período de desarrollo del individuo, está marcado por muchas variaciones en todos sus aspectos, no escapando los mismos, de los cambios continuos en la dentición y sus estructuras anexas, las cuales al igual que el resto del organismo pueden progresar normalmente o verse afectadas adversamente por influencias perjudiciales genéticas o del medio.

Los conceptos de Angle, y particularmente su sencilla clasificación de las maloclusiones van a constituir un notable progreso para el estudio de estas entidades patológicas. Él estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones denominadas CLASES I, II, III

5.3.4.2 Tipo de maloclusión

5.3.4.2.1 Maloclusión clase I

Tiene la misma relación entre los primeros molares que la oclusión normal de clase I, teniendo una relación anteroposterior, es normal pero irá acompañada de una mala alineación de los dientes debido a:

- Apiñamiento
- Pérdida de continuidad de las arcadas.
- Alineación defectuosa de los dientes anteriores.

- Relación dental anómala como mordida cruzada.
- Contactos oclusales primarios.

5.3.4.2.2 Maloclusión clase II

Es cuando hay retrognatismos mandibular es de tipo esquelético, con una mandíbula pequeña en comparación de maxilar superior. Los dientes inferiores están por distal y a menudo por lingual de los superiores. En el perfil del paciente hace tener la barbilla retirada. La mal-oclusión de clase II se llaman también distoclusiones, ya que la posición de máxima intercuspidad, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior, es decir, se encuentra más posterior.³⁰

Las maloclusiones de clase II se subdividen a su vez en dos, división I, división II. Ambas tienen solo en común la distoclusión, veremos que la posición dentaria es totalmente diferente.

Clase II. división I

La maloclusión de clase II división I se caracteriza por ser una distoclusión y además presenta casi siempre:

- Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retraída, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea.
- Puede haber mordida abierta anterior
- Las arcadas son estrechas de forma triangulares y por tanto son frecuentes los apiñamientos dentarios.
- Los incisivos superiores pueden descansar sobre el labio inferior.

³⁰ MOSCOCHOS A. Tratamiento Ortodóntico en Paciente con Clase no Colaboradores. Principios y Técnicas Actuales II. Elsevier, España. 2007. 69p

Clase ii. división ii

La maloclusión de clase 2 división 2 es una distoclusión que se caracteriza por:

- Gran sobre-mordida vertical
- Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores.
- Linguoversión de los incisivos centrales superiores.
- Suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas.
- Suelen tener la curva de Spee muy marcada.

5.3.4.2.3 Oclusión clase iii

Es caracterizada por oclusión mesial y prognatismo mandibular. Presentan una gran mandibular y cara larga y estrecha. Los dientes inferiores suelen estar en posición avanzada con relación a los superiores. El perfil del paciente suele tener mandíbula muy prominente.

En la clase tres Angle no hizo ninguna división, pero si subdivisiones puesto que las clase tres pueden ser unilateral, para completar la clasificación de Angle, Dewey distinguió tres tipos de la clase tres que son:

- Tipo I incisivos borde a borde.
- Tipo II los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados y en posición lingual con respecto a los superiores.
- Tipo III se presenta un arco mandibular muy desarrollado, y un arco maxilar poco desarrollado los dientes superior, a veces apiñados y en

posición lingual con respecto a los inferiores, deformidad facial acentuada.

5.3.5 Tratamiento

5.3.5.1. Tratamiento de la mordida abierta dentaria

Las mordidas abiertas dentales se consideran como una consecuencia de la acción inhibitoria de algún agente que impide la erupción de los incisivos, y muchas de ellas entre un 70 - 80% mejoran espontáneamente. En la Dentición Temporal y primera fase transicional, se puede esperar una corrección espontánea si se elimina el hábito anómalo que ha provocado la inclusión.

Si este hábito se trata de una succión digital o una protrusión lingual, se puede recurrir a una rejilla lingual fija o removible, que impida que el paciente ponga el dedo en su boca o protruya la lengua con la consiguiente maduración del ciclo de la deglución. Porque antes de empezar cualquier clase de tratamiento para la mordida abierta se debe eliminar la causa que lo provocó porque si de cualquier manera el tratamiento fracasara.³¹

Si a la mordida abierta, se observa una contracción del arco superior, se le puede incorporar a aparato un mecanismo de expansión. Una vez que los dientes han terminado de erupcionar y la estructura oral recupera su morfología, es de esperar una gradual acomodación natural de la función labial y lingual. En la Dentición Mixta o Permanente, el aparato fijo es una buena opción de tratamiento, ya que por medio de arcos se puede provocar la extrusión del frente incisivo, hasta lograr el cierre de la mordida abierta. Como fuerza intermaxilar se utilizan elásticos intermaxilares anteriores, que abrazan los incisivos superiores e inferiores.

5.3.5.2. Tratamiento de la mordida abierta esquelética

Los tratamientos de las mordidas abiertas esqueléticas van a variar de acuerdo a la edad en la que se encuentra el paciente; si este se encuentra

³¹OKESON P. Jeffrey. Tratamiento de Oclusión y Afección Temporomandibular. Elseveir. España, 2008. 58p.

en la fase activa de crecimiento, el objetivo primario de tratamiento debe ser ejercer una acción ortopédica sobre su patrón de crecimiento. La tendencia de desarrollo de estos pacientes, es hacia el incremento de la dimensión vertical y es necesario inhibir este crecimiento en la zona posterior para que la mandíbula gire hacia delante. Este objetivo se logra aplicando fuerzas intrusivas sobre los segmentos bucales, considerando siempre la maloclusión sagital que acompaña esta mordida abierta.

Si el paciente es Clase I, el efecto se logra por medio de una placa posterior de mordida que se opone a la erupción de los molares simplemente. Si el paciente es Clase II, se persigue simultáneamente la corrección de la distoclusión y de la mordida abierta aplicando fuerza extraoral, de apoyo occipital sobre la arcada del maxilar superior. En las maloclusiones clase III está indicada la aplicación de una mentonera occipital que ejerza una acción ortopédica sobre la mandíbula y prevenga la extrusión de los dientes posteriores; dependiendo de la oclusión transversal se usa o no aparato de expansión. La aparatología funcional es útil para modificar la actividad de los tejidos blandos orales y corregir la mordida abierta. La aplicación de aletas vestibulares, siguiendo el criterio propuesto por Frankel, persigue rehabilitar la deficiencia de sellado oral por la activación de la musculatura labial y facial.

El diseño de éste aparato se dirige a la recuperación del funcionalismo, sobre todo del sellado oral, que afecta no solo a la musculatura perioral, sino a los elevadores de la mandíbula; el efecto funcional provoca una rotación anterior de la mandíbula como reacción ortopédica que corrige de forma estable la mordida abierta esquelética.

Otra alternativa de tratamiento son los Bloques de Intrusión Posterior elásticos, los cuales son aparatos removibles que constan de 4 hélices que producen una fuerza intrusiva sobre los molares posteriores a través de las placas de acrílico proveniente de la fuerza de los músculos masticatorios. Se recomiendan en pacientes con mordida anterior no mayor de 6 mm y la mejor época para su utilización es entre los 9 y 12 años de edad, cuando el segundo molar permanente aún no ha completado su erupción, no significando esto que no puede ser utilizado después de esta edad, pero es en esta época de la vida donde se obtienen mejores resultados.

Existen también los Bloques de Mordida Magnéticos, que proveen una presión continua en las superficies oclusales de los dientes posteriores por medio de magnetos repelentes. Estos Bloques, tanto los magnetos como los de acrílicos provocan una depresión en los dientes en el sector posterior, cambios en el maxilar y en la forma mandibular. Estos efectos podrían ser atribuidos a una respuesta muscular a la dimensión vertical artificialmente aumentada.

Se han encontrado zonas localizadas de resorción ósea en el ángulo goníaco con el uso de ambas aparatologías. Por otra parte, si nos encontramos un paciente adulto, la acción sobre el patrón de crecimiento es inexistente y hay que concentrar la acción estrictamente ortodóntico, representada por la aplicación de elásticos intermaxilares para cerrar la mordida.³²

La corrección de la mordida abierta de ésta manera, por extrusión de los dientes anteriores tiene dos riesgos; en primer lugar, la inestabilidad del resultado; el movimiento extrusivo es extremadamente recidivante y la recidiva es la regla más que la excepción al retirar los aparatos correctivos. Hay también cierto contrasentido puesto que los incisivos pueden estar ya alargados y la extrusión añade un defecto estético por la sonrisa gingival que crea.

³²<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>

Se han propuesto dos técnicas para la nivelación de los arcos en los casos de mordidas abiertas. Entre ellas la utilización de un arco multiloop de Edgewise Y los arcos con curva de Spee acentuada y curva de Spee reversa. Cualquiera que sea la forma de tratamiento escogida, los objetivos deben incluir la nivelación de la inclinación de los planos oclusales, la alineación de los incisivos maxilares en relación con la línea del labio y el enderezamiento de la inclinación axial de los dientes posteriores, evitando su extrusión. El tratamiento comienza con arcos de nivelación redondos 0,016' de nitinol seguidos por los de antes descritos de manera de nivelar el plano oclusal sin ningún cambio vertical en los incisivos mientras los dientes posteriores son intruidos.

Otro enfoque de tratamiento para las mordidas abiertas en los pacientes que han culminado su crecimiento es la terapéutica con extracciones, principalmente de premolares con la finalidad de compensar la hiperdivergencia de las bases maxilares a través de la mesialización del sector posterior y consiguiente rotación anterior de la mandíbula. El objetivo del tratamiento de la mordida abierta es eliminar estos bloqueos y enderezar la inclinación de los molares.

Si el paciente se encuentra todavía en la pubertad y si los terceros molares se están desarrollando normalmente, los segundos molares se extraen para eliminar el efecto bloqueante. Los primeros molares pueden luego enderezarse distalmente para producir un cambio en el plano oclusal individual. La extracción de los primeros molares se indica algunas veces para el tratamiento de la mordida abierta. Sin embargo este procedimiento es contrario al concepto del tratamiento descrito. El movilizar un molar

inclinado medialmente hacia un espacio de extracción enorme en una posición axial correcta es un procedimiento inapropiado y difícil. Luego de la extracción de un primer molar maxilar, el seno maxilar desciende al sitio de la extracción y crea una cortical a lo largo de la superficie del seno. Tal espesor de la cortical del seno impide la movilización radicular del segundo molar. La extracción de segundos y terceros molares en casos de mordida abierta ofrecen un diagnóstico y situación terapéutica mucho más factible.

El tratamiento de la mordida abierta en pacientes adultos presenta un verdadero desafío para el ortodoncista lograr la corrección del hábito resulta mucho más complejo cuando éstos son de muchos años, en la que la función estomatognática anómala está consolidada y fuertemente vinculada a una morfología oclusal que tratamos de mejorar. Los casos graves con gran alteración de las proporciones faciales requieren de un tratamiento combinado de Ortodóncia, Cirugía, Ortognática, enfocada hacia la impactación de los segmentos posteriores, junto con osteotomía sagital mandibular para cerrar la mordida y conseguir una corrección estable³³.

En los últimos años con el advenimiento de los tornillos y mini implantes para el anclaje ortodóntico, ha surgido también la utilización de estos para la corrección de las mordidas abiertas, permitiendo éstos la intrusión de los molares posteriores, obteniendo resultados similares a la cirugía Ortognática. La intrusión de los molares superiores e inferiores, provoca una rotación anterior mandibular y un cierre de la mordida abierta, resultado similar al que se obtiene con la impactación del maxilar superior. El tratamiento con los mini implantes es mínimamente invasivo y requiere un período más corto de tratamiento, convirtiéndose pues en una excelente alternativa al tratamiento quirúrgico.

³³HARFIN, Julia. F. Tratamiento Ortodóntico en el Adulto 2da Edic. edit. Panamerica. España. 2006.150p

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA

6.1. Métodos

6.1.1. Modalidad básica de la investigación

Para desarrollar esta investigación se utilizó los siguientes métodos:

Métodos de Campo: Se realizó en las clínicas odontológicas de la U.S.G en el Octavo Semestre paralelo Ay B de la materia de Odontopediatría y Ortodoncia.

Método Bibliográfico: Se obtuvo información de textos, libros, internet.

6.1.2. Nivel o tipo de investigación

Descriptiva: Por cuanto el en desarrollo de la misma se describió el problema de la succión digital y su incidencia en la presencia de mordida abierta al que se dirigió la investigación.

Sintética: Porque llevó a una conclusión que ayudó a un mejor entendimiento del problema.

Analítica: Se analizó las causas primordiales de esta investigación a través de encuestas aplicadas a los Padres de Familia y fichas de observación que determinaron sus necesidades para consecuentemente tomar buenas decisiones.

Propositiva:Una vez que se realizó la descripción y el análisis, la investigación culminó con una propuesta de solución al problema.

6.1.3. Técnicas

- **ENCUESTA:** Dirigidas a los Padres de Familia.
- **Observación:**Por el Investigador.

6.1.4. Instrumentos

- Formularios de encuestas dirigidas a Padres de Familia.
- Fichas de Observación.

6.1.5. Recursos

6.1.5.1. Talento humano

- Investigador
- Director de Tesis
- Los Niños con succión digital
- Padres de Familia

6.1.5.2. Recursos tecnológicos

- Equipo de cómputo
- Equipo de impresión
- Cámara digital
- Internet
- Flash Memory

6.1.5.3. Recursos materiales

- Papel bond a4
- Esferográficos
- Tinta para computadora
- Cuaderno para tomar apuntes
- Anillados
- Copias
- Borradores
- Libros
- Textos
- Mascarillas
- Espejos bucales
- Guantes

6.1.5.4 Recursos económicos

La investigación tuvo un costo aproximado de \$ 1.942,77 dólares.

6.1.6. Población y muestra

6.1.6.1 Población

Estuvo constituida por 120 niños de succión digital que asistieron a los controles odontológicos del octavo semestres en el área de Odontopediatría y Ortodóncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.6.2. Tamaño de la muestra

Concierno a 91 niños de succión digital que asistieron a los controles odontológicos del octavo semestres en el área de Odontopediatría y Ortodóncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.6.3. Tipo de muestra

El tipo de muestra que se utilizo fue aleatoria simple

CAPITULO VII

7. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

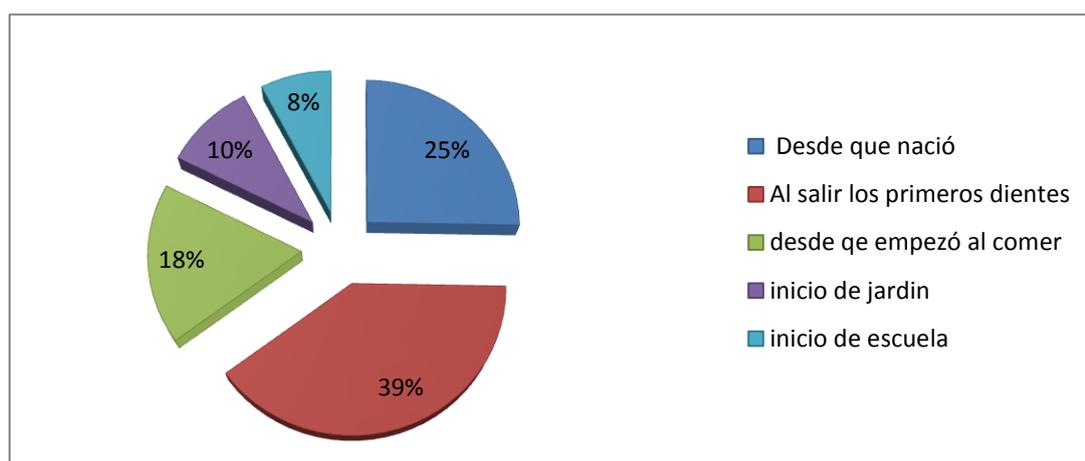
7.1. análisis e interpretación de los resultados

7.1.1. Encuestas realizadas a los padres de familia de los niños con succión digital que acudieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

GRAFICUADRO N: 1

1. ¿EN QUÉ EDAD COMENZÓ A TENER EL HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL?

¿En qué edad comenzó a tener el hábito de succión digital?	Frecuencia	%
Desde que nació	23	25
Al salir los primeros dientes	36	39
Desde que empezó al comer	16	18
Inicio de jardín	9	10
Inicio de escuela	7	8
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuesta a los padres de familia de los niños
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizadas a los 91 padres de los niños con succión digital que son atendidos en las clínicas de la universidad San Gregorio de Portoviejo se determina:

Que el la succión digital en 23 niños equivalentes al 25% inicio desde que el niño nació, 36 padres que corresponde al 39% mencionaron que el hábito de succión digital del niño empezó en la etapa que le salieron los primeros dientes, 16 correspondiente al 18% dijeron que sus niños inicio con el hábito cuando empezó a comer los alimentos, 9 de los niños que equivale al 10% empezó con la succión cuando entraron al jardín y 7 niños que equivalen al 8% tienen el hábito desde que entraron al escuela.

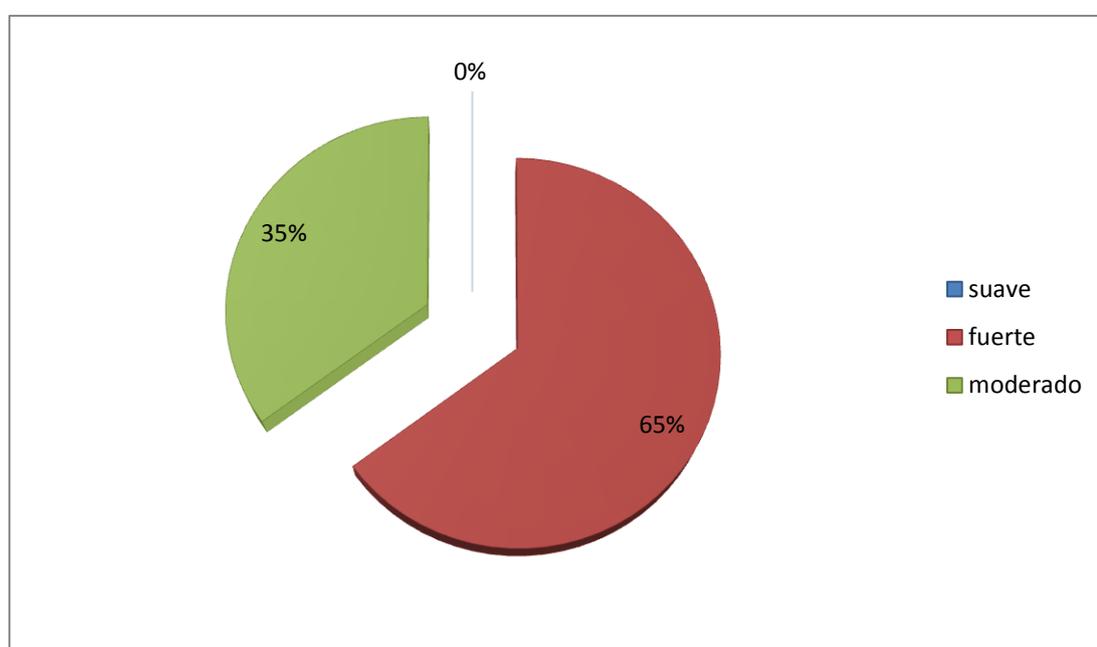
Lo que concuerda con la cita del libro de *BENGEL Wolfgang. Valoración y Profilaxis Elsevier. España. 2007. 241P.*Refiere que **“Con la erupción de los dientes de leche va finalizando el periodo de lactancia y van ganando en importancia las actividades de masticación y mordida. Este es el primer impulso de separación de madre-niño. La succión digital tiene ahora tiene ahora la satisfacción sustitutoria.”**²⁶

Dada a la información obtenida los resultados de las encuestas señalan que la mayor parte de los niños que se chupan el dedo empezaron el hábito desde que le salieron los primeros dientes.

GRAFICUADRO N: 2

2. ¿DE QUÉ MANERA REALIZA LA SUCCIÓN DIGITAL EL NIÑO?

¿De qué manera realiza la succion digital el niño?	Frecuencia	%
Suave	0	0
Fuerte	59	65
Moderado	32	35
TOTAL	91	100



FUENTE: encuestas a los padres de familia de los niños
ELABORADA POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizadas a los padres de los niños de succión digital que son atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se obtiene:

Que de los 91 padres encuestados ninguno dio respuesta a que el niño realice la succión de manera suave, 59 de ellos lo que corresponde a un 65% señalaron que la manera de realizar la succión es fuerte y en la manera moderada lo realizan 32 niños equivalente a un 35%.

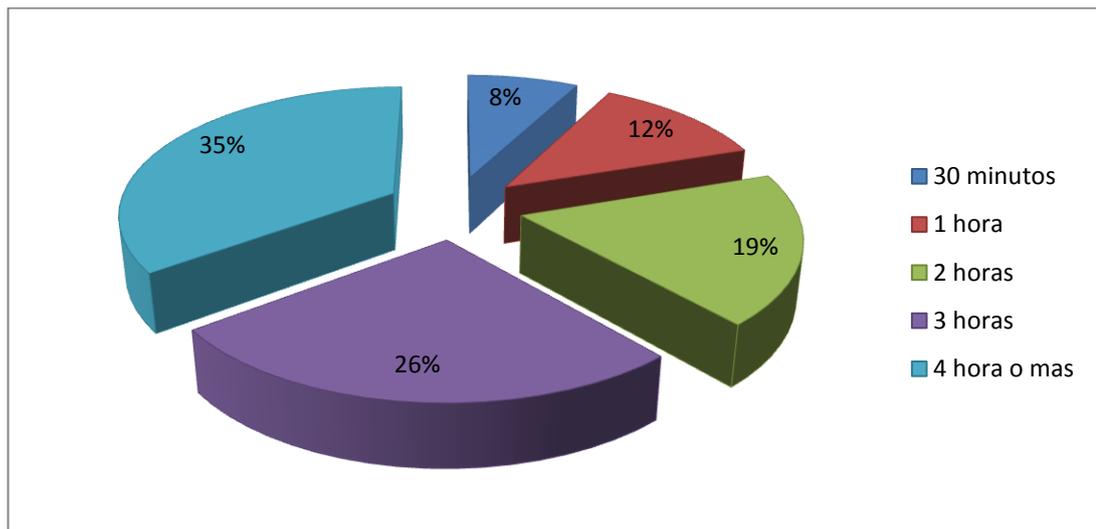
Lo cual en la cita de. *RUEDA Plata, Francisco Leal Quevedo. Preguntas de Madres y Padres. Edit. Panorámica. Bogotá. 2006. 214p.* Refiere que **“La succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentolabiales, especialmente en el sector anterior y cuando ejercen una fuerte intensidad pueden causar también alteraciones en la parte posterior como la mordida cruzada posterior.”**²⁰

Así a través de la información recolectada se determina que la mayor cantidad de niños realizan la succión del dedo de forma fuerte alcanzando el 65%.

GRAFICUADRO N: 3

3. ¿CUÁL ES EL TIEMPO DE DURACIÓN AL DÍA QUE EL NIÑO SE CHUPA EL DEDO ?

¿Cuál es el tiempo de duración al día que el niño se chupa el dedo ?	Frecuencia	%
30 minutos	7	8
1 hora	11	12
2 horas	17	19
3 horas	24	26
4 hora o mas	32	35
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuestas a los padres de familia de los niños
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizadas a los padres de los niños con succión digital que son en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se determina:

Que 30 minutos es el tiempo al día que 7 niños se chupa el dedo lo que corresponde a un 8%, 11 niños que equivalen al 12% se succiona el dedo 1 hora al día, 17 niños que corresponde al 19% se chupan el dedo 2 horas al día, 24 niños que equivalen al 26% se chupan el dedo 3 horas al día y de 4 a más horas de succión del dedo al día lo realizan 32 niños lo que equivalen a un 35%.

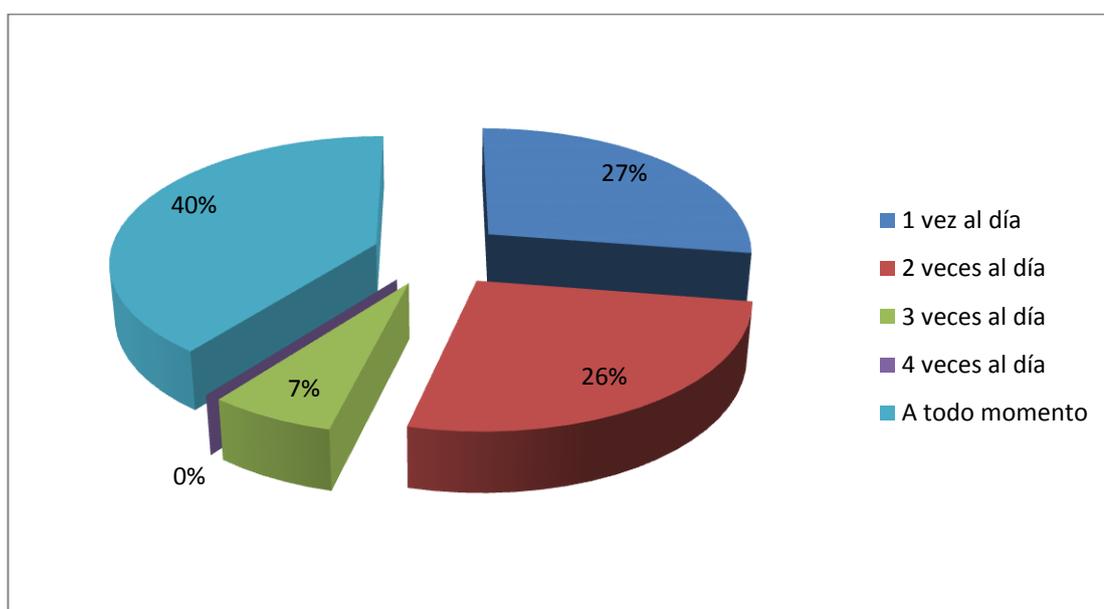
Como lo refiere el libro de Sánchez Saravia Claudia. *Protegiendo los dientes de tu bebe. Guía práctica para padres. Edic, Boliviadental. Bolivia. 2007. 82p* **“Chuparse el dedo por tiempo prolongado puede afectar severamente la mordida de su hijo y contribuir al desarrollo de dientes amontonados o torcidos, así como también el desarrollo de labio y cara”**²³

Frente a esta información los resultados que se obtienen es que los niños con succión en un mayor porcentaje se chupan el dedo de 4 y más horas al día.

GRAFICUADRO N: 4

4. ¿CON QUE FRECUENCIA EL NIÑO SE CHUPA EL DEDO?

¿Con que frecuencia el niño se chupa el dedo?	Frecuencia	%
1 vez al día	25	27
2 veces al día	24	26
3 veces al día	6	7
4 veces al día	0	0
A todo momento	36	40
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuestas a los padres de familia

ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la encuesta realizada a los padres de familia de los niños con succión digital que son atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se determina:

Que de los 91 padres encuestados 25 que corresponde al 27% contestaron que el niño se chupa el dedo una vez al día, 24 que equivale al 26% de los padres respondieron que el niño se chupa el dedo dos veces al día, 6 padres de familia que equivalen al 7% señalaron que sus niños se chupan el dedo tres veces al día, ningún encuesta fue respondida con la opción de cuatro veces al día y 36 padres equivalentes al 40% respondieron la succión del dedo la hacen a cada rato.

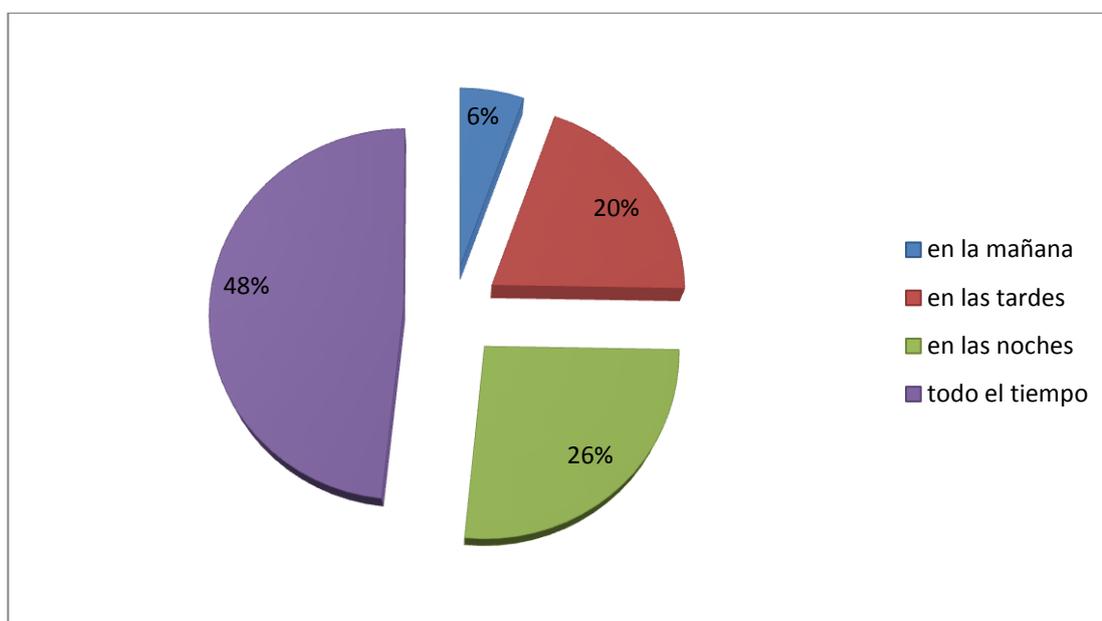
Lo que se relaciona con la cita del libro de *CARDENA Palma Ascensión, Fátima Sánchez Aguilera. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. Edit. Paraninfo. España 2007. " La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua".*²²

Frente a la información recolectada se encuentra que la mayor cantidad de niños se chupan el dedo en todo momento.

GRAFICUADRO N: 5

5. ¿EN QUÉ MOMENTO REALIZA LA SUCCIÓN DEL DEDO EL NIÑO?

¿En qué momento realiza la succión del dedo el niño?	Frecuencia	%
En la mañana	5	6
En las tardes	18	20
En las noches	24	26
Todo el tiempo	44	48
TOTAL	91	100



FUENTES: Encuesta los padres de familia
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizadas a los 91 padres de los niños que fueron atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se obtiene:

Que 5 de los padres equivalente a un 6% señalaron que el momento en que sus niños realizan la succión es en las mañanas, 18 que equivale a un 20% respondieron que la realizan en las tardes, 24 padres que equivalen a un 26% contestaron que el momento en que el niño se chupa el dedo es en las noches, y 44 equivalentes a un 48% dieron respuestas que el niño se chupa el dedo todo el tiempo.

Como se describe en la página www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm.

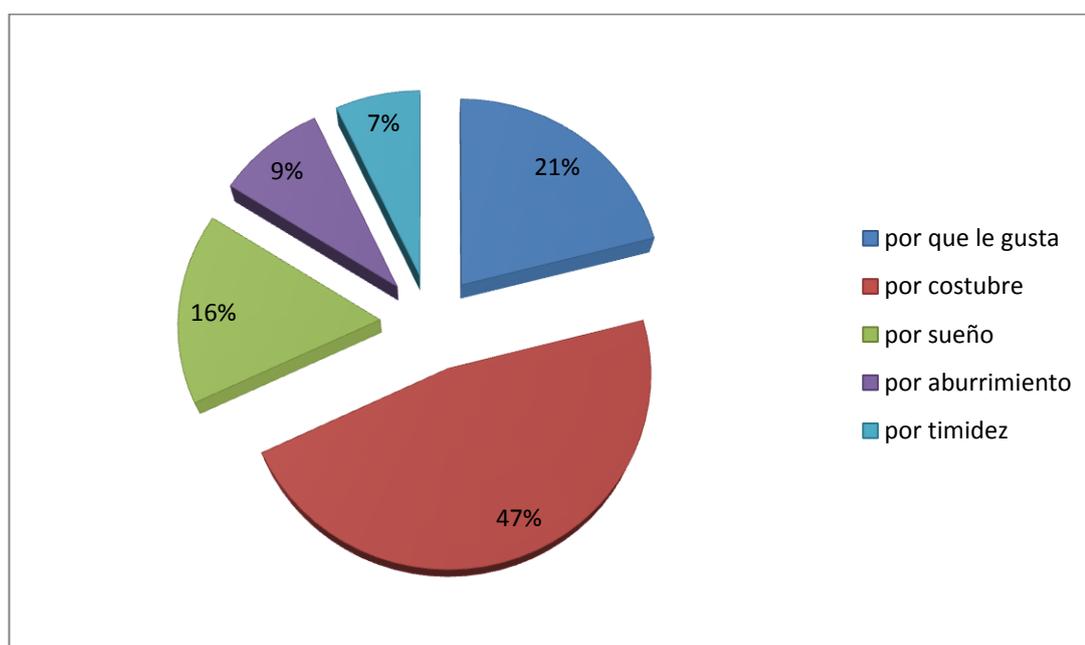
“Se considera que el hábito es crónico si el niño succiona el pulgar en diferentes ambientes (en casa, en el colegio, etc) y si ocurre por la mañana y por la noche.”²²

La información recolectada certifica que gran parte de los niños con succión digital realiza el hábito todo el tiempo es decir; mañana, tarde y noche

GRAFICUADRO N: 6

6. ¿POR QUÉ CREE USTED QUE EL NIÑO SE CHUPA EL DEDO?

¿Por qué cree usted que el niño se chupa el dedo?	Frecuencia	%
Porque le gusta	19	21
Por costumbre	43	47
Por sueño	15	16
Por aburrimiento	8	9
Por timidez	6	7
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuestas a los padres de familia

ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizadas a los padres de familia de los niños de succión digital que son atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se obtiene:

Que de los 91 padres encuestado 19 de ellos que corresponden al 21 % contestaron que creen que el niño se chupa el dedo por que les gusta, 43 que equivalen a un 47% respondieron que el niño se chupa el dedo por costumbre, 15 equivalentes a un 16% de los encuestados respondieron que por sueño el niño se chupa el dedo, 8 padres equivalentes a un 9% señalaron que por aburrimiento el niño se chupa el dedo y 6 pares correspondiente a un 7% contestaron que creen que el niños se chupa el dedo por timidez

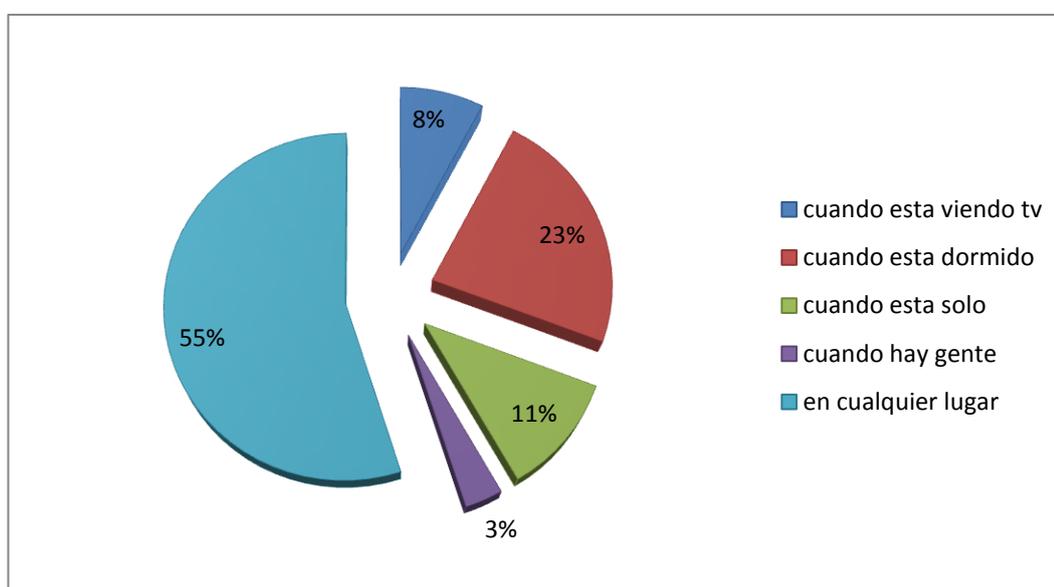
Lo que lleva relación con la cita de *RINFKIN Jeremy. Civilización Empática, La Carrera Hacia: Una Conciencia Global. Paidós. España. 2010. 62p* **“Los niños se succionan el dedo desde muy temprano y lo hacen en diferentes circunstancias, cuando tienen sueño, al estar dormidos, cuando están aburridos, hambrientos, después de comer, en estado melancólico en situaciones de estrés; en cualquiera de estos estados el hábito se tornara una costumbre diarias que será difícil despojarlo”**¹⁷

Frente a esta información se determina como resultado que un alto porcentaje de los niños se chupa el dedo por costumbre

GRAFICUADRO N: 7

7.- ¿CUÁNDO REALIZA LA SUCCIÓN DEL DEDO EL NIÑO?

¿Cuándo realiza la succión del dedo el niño?	Frecuencia	%
Cuando está viendo televisor	7	8
Cuando está dormido	21	23
Cuando esta solo	10	11
Cuando hay gente	3	3
En cualquier lugar	50	55
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuestas a los padres de familia
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 91 padres encuestados de los niños con succión digital que fueron atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se determina:

Que 7 correspondiente al 8% de ellos señalaron que el niño realiza la succión cuando está viendo televisión, 21 padres respondieron que el niño se chupa el dedo cuando está durmiendo lo que corresponde a un 23%, 10 padres que equivale al 11% señalan que el niño se chuta el dedo cuando está solo, 3 de ellos equivalentes a un 3% respondieron que cuando hay gente el niño se chupa el dedo y 50 de los padres encuestados respondieron que el niño se chupa el dedo en cualquier lugar.

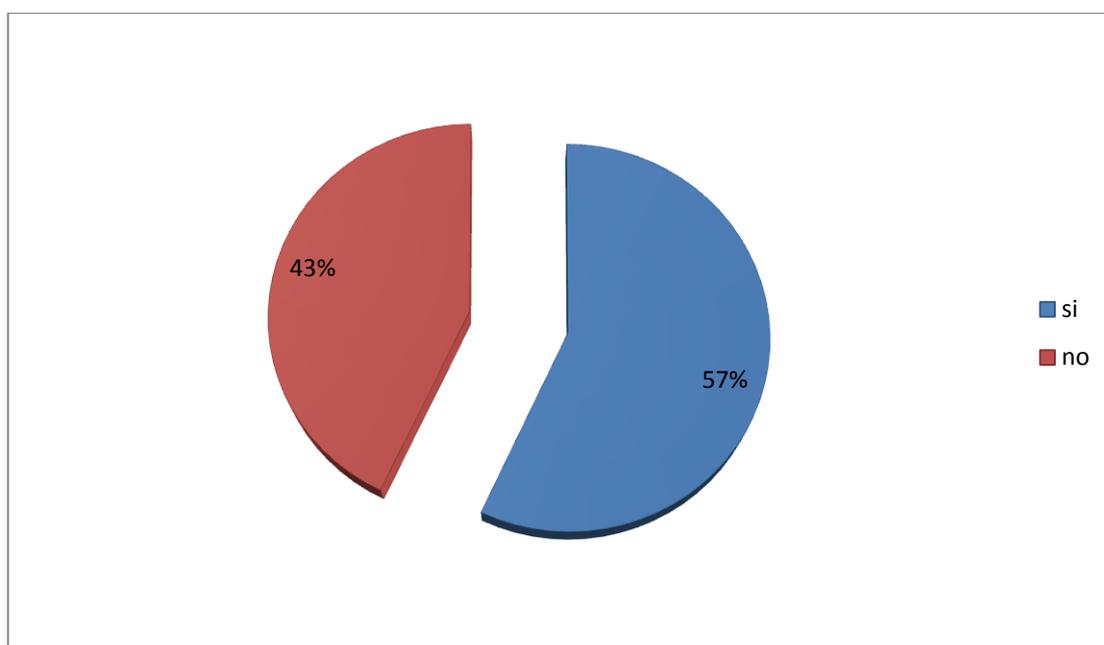
Lo que refiere a la cita del libro de GALLARDO Laura Rincón. *El Abrazo Que Lleva Al Amor. Edit. Pax. México. 2008. 149p.* **Que menciona que “Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares, el niño se refugia en la succión sin importar en qué lugar se encuentre para escapar del mundo real que le parece muy duro”.**¹⁹

Frente a la información recopilada se obtuvo como resultado que gran mayoría de los niños se chupan el dedo en cualquier lugar

GRAFICUADRO N: 8

8. APARTE DE QUE EL NIÑO SE CHUPA EL DEDO ¿HA VISTO USTED QUE COLOCA LA LENGUA ENTRE LOS DIENTES?

Aparte de que el niño se chupa el dedo ¿ha visto usted que coloca la lengua entre los dientes?	Frecuencia	%
Si	52	57
No	39	43
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuestas a los padres de familia
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las encuestas realizadas a los padres de familia de los niños con succión digital que son atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se obtiene:

Que de los 91 padres 52 de ellos equivalentes al 57% respondieron que si han visto a su hijo colocar la lengua entre los dientes aparte de que se chupa el dedo y 39 respondieron que no han visto que el hijo coloque la lengua entre sus diente aparte de que se chupe lo que corresponde a un 52%.

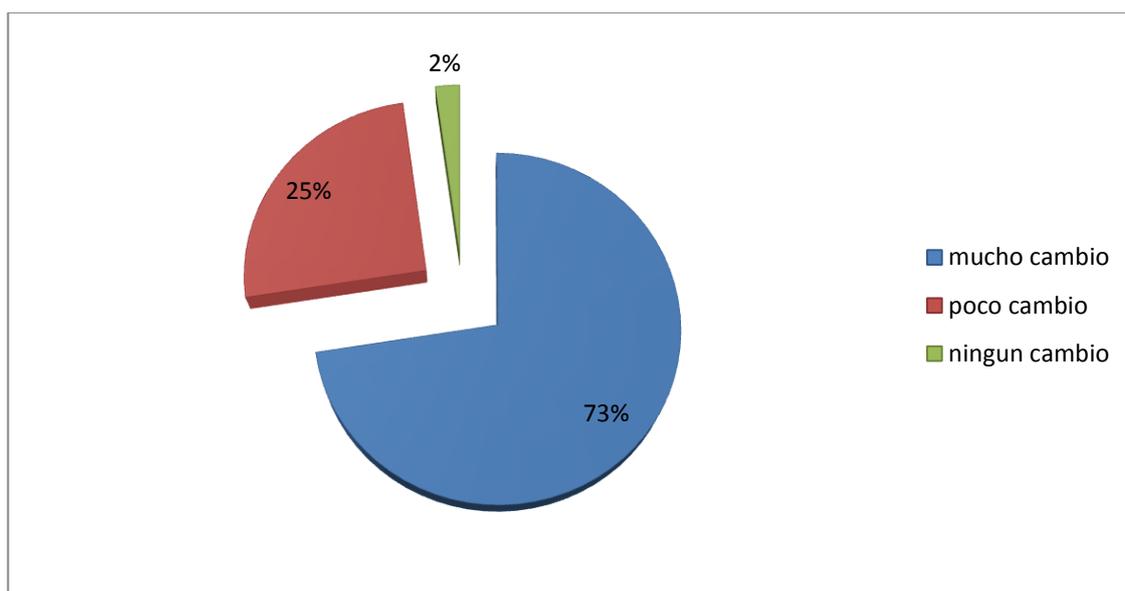
Como lo refiere la cita de *TORRES Cuenco R. La columna cervical evaluación clínica y a aproximaciones terapéuticas. Panamericana. Madrid. 2008 p 146* **“La deglución atípica se considera una falta de maduración en las funciones de la deglución. Los sujetos con esta disfunción presiona anterior y lateral mente la lengua contra las arcadas dentaria durante la deglución. Los factores que favorecen a la perpetuación de este patrón de deglución inmaduro son los malos hábitos orales como la succion del dedo o del labio”**³⁶

En cuanto a la información obtenida se confirma que un alto grado de niños con succión digital también presenta el hábito de colocar la lengua entre los dientes loe que normalmente es llamado deglución atípica.

GRAFICUADRO N: 9

9.- ¿HA VISTO USTED CAMBIO EN LA DENTICIÓN DEL NIÑO A CAUSA DE LA SUCCIÓN DIGITAL?

¿Ha visto usted Cambio en la dentición del niño a causa de la succión digital?	Frecuencia	%
Mucho cambio	66	73
Poco cambio	23	25
Ningún cambio	2	2
TOTAL	91	100



FUENTE: Encuestas a los padres de familia de los niños
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E IN INTERPRETACIÓN

En los 91 padres encuestados que se les realizó la preguntada si es que ha visto algún cambio en la dentición de su hijo a causa de la succión digital y lo que se obtiene es:

Que a 66 niños se le ha visto los padres cambio en sus dientes a causa del hábito de succión digital lo que corresponde a un 76%, 23 equivalentes al 25% y 2 de ellos que equivalen al 2% respondieron que no han visto ningún cambio en los dientes de sus hijos.

Se relaciona con la cita del libro de *PROFFIT William R. Henry W. Fields, Jr. David M. Sarver Ortodoncia Contemporánea. Elsevier España, 2009 - 751 p*
“El hábito mantenido puede dar lugar a maloclusiones, como norma general los hábitos de succión durante los años de dentición primaria tienen efectos escasos o nulos a largo plazo. Sin embargo si dicho hábito persiste después que los dientes permanentes hayan empezado a erupciónan pueden producir maloclusiones caracterizadas por los incisivos superiores. Las maloclusiones característica derivada de la succion se debe a una convicción entre la presión directa sobre los dientes y una alteración en el patrón de presión de las mejillas y los labios en reposo.”²¹

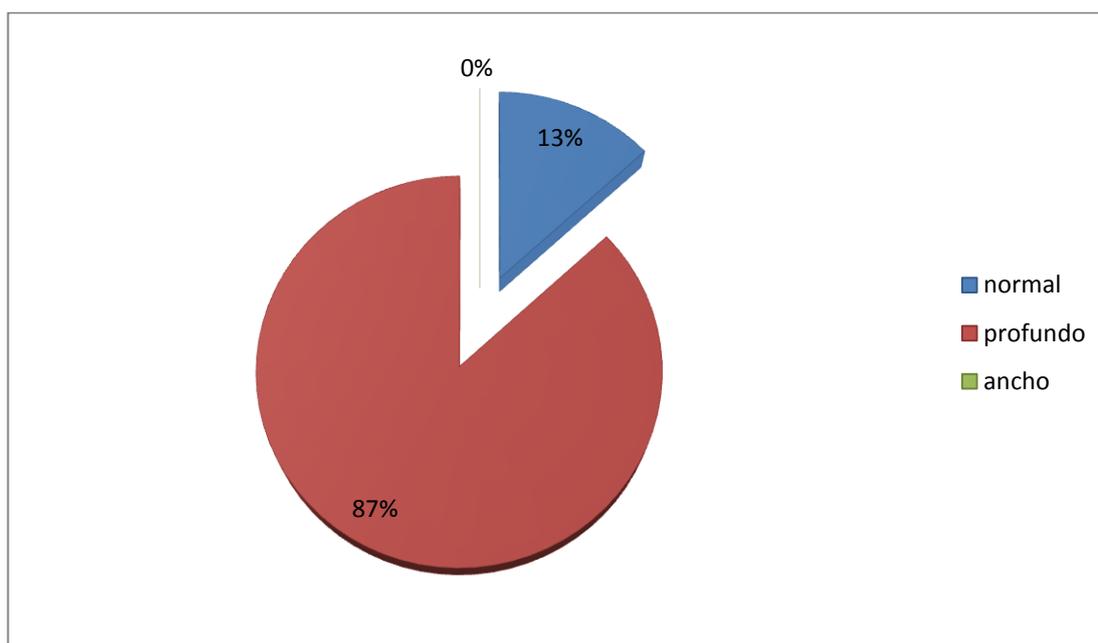
Con la información recopilada el resultado que se obtiene con mayores frecuencias es que hay mucho cambio en la dentadura de niño por causa de la succión digital certificado por los padres.

7.2. Fichas de observación de los niños con succión digital atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad San Gregorio de Portoviejo.

GRAFICUADRO N: 1

TIPO DE PALADAR

Tipo de paladar	Frecuencia	%
Normal	12	13
Profundo	79	87
Ancho	0	0
TOTAL	91	100



FUENTE: Ficha de observación
ELABORADA POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El tipo de paladar que presenta el niño con succión digital se determina mediante la exploración clínica obteniendo los siguientes resultados.

Con Paladar normal se encontró a 12 niños lo que equivale a un 13%, con paladar profundo se visualizó a 79 niños correspondientes al 87% y en ninguno se encontró paladar ancho.

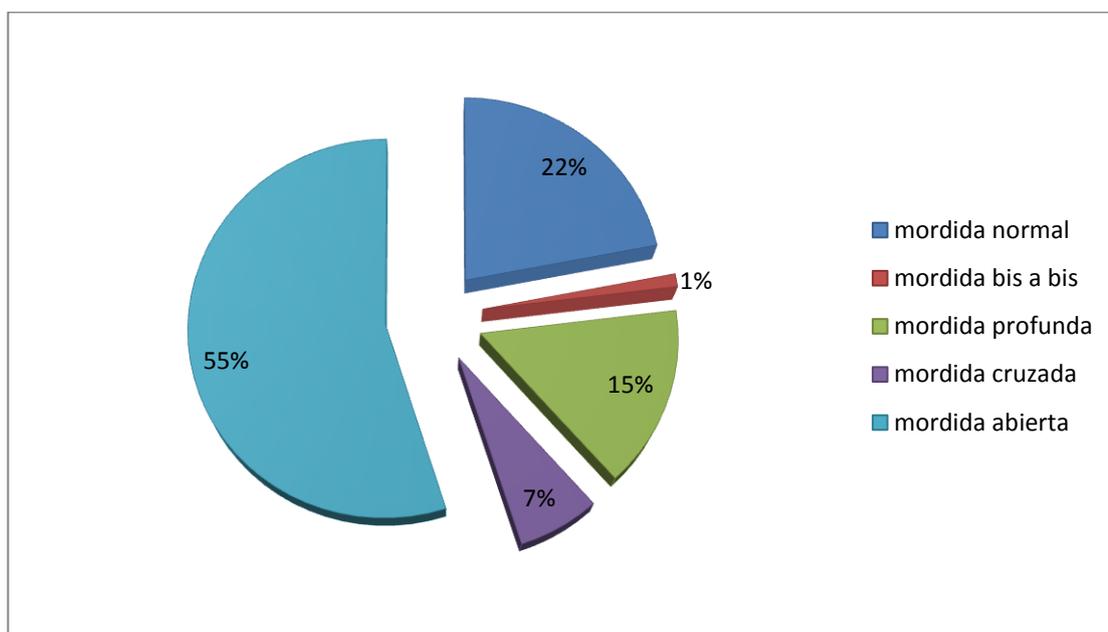
Como lo refiere la cita de *ZITELLI J. Basil. Atlas de Diagnóstico Mediante Exploración Física en Pediatría. 5ta. Edit. Elsevier. España 2009 .926p.* **“es un hallazgo clínico bastante frecuente aunque en general se trata de una variante aislada de la configuración palatina en ocasiones se produce de 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, que son consecuentes también a una mordida abierta anterior”**³⁵

Frente a esta información se obtiene como resultado mayor que el tipo de paladar que presentan los niños con succión digital es paladar profundo.

GRAFICUADRO N: 2

TIPO DE MORDIDA

Tipo de mordida	Frecuencia	%
Mordida normal	20	22
Mordida bis a bis	1	1
Mordida profunda	14	15
Mordida cruzada	6	7
Mordida abierta	50	55
TOTAL	91	100



FUENTE: Ficha de observación

ELABORADA POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los 91 niños con succión se buscó el tipo de mordida que presenta a causa del hábito obteniendo los siguientes resultados:

En 20 niños correspondientes al 22% presentaron mordida normal. 1 de los presento mordida bis a bis equivaliendo al 1%, 14 niños con succión digital se encontraron con mordida profunda, representando al 15%, con mordida cruzada se presentaron 6 niños equivalentes al 7% y 50 niños que equivalen al 55% presentaron mordida abierta.

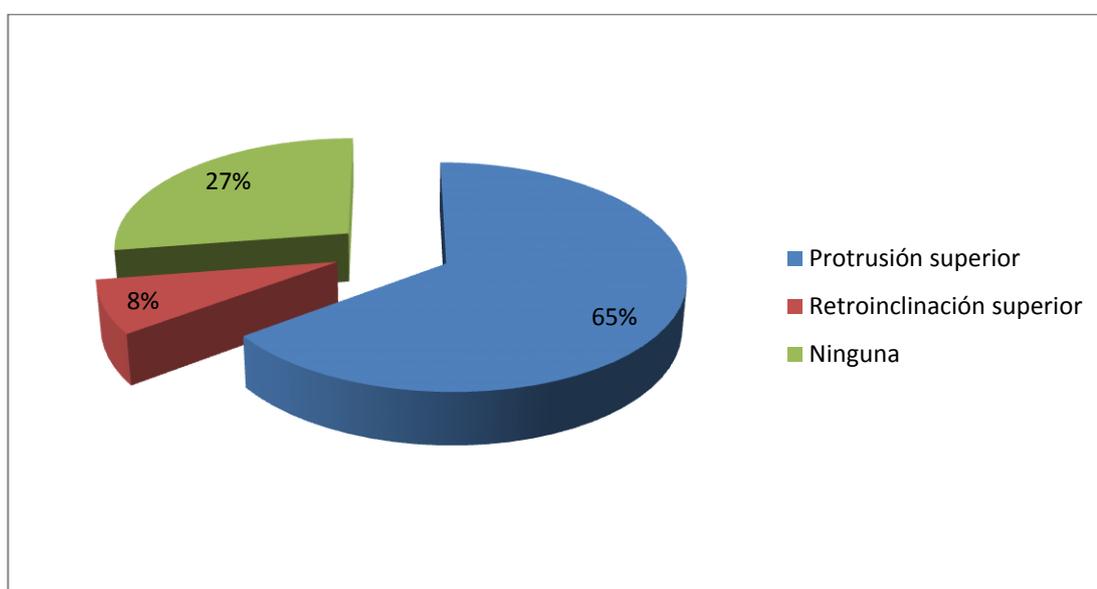
Como lo refiere la cita de *CÁRDENAS Palma Ascensión. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica para niño. España 2010. 302p* **“Como también se sabe que los hábitos de succión son más frecuentes en los primeros años de vida, se puede concluir que la edad es un factor importante en la génesis de la mordida abierta. Indudablemente, la presencia prolongada del dedo o del chupete afecta el desarrollo normal de la apólisis alveolar e inhibe la erupción de los incisivos provocando la mordida abierta”**³⁰

Con la información recopilada se determina que la mordida abierta está presente en la mayor cantidad de los niños con succión digital

GRAFICUADRO N: 3

INCLINACIÓN DENTARIA DE LAS PIEZAS ANTERIORES

Inclinación dentaria de las piezas anteriores	Frecuencia	%
Protrusión superior	59	65
Retroinclinación superior	7	8
Ninguna	25	27
TOTAL	91	100



FUENTE: Ficha de observación
ELABORADO POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La inclinación dentaria de las piezas anteriores de los niños con succión digital que fueron atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se determina mediante la exploración clínica y se obtiene los siguientes resultados en donde:

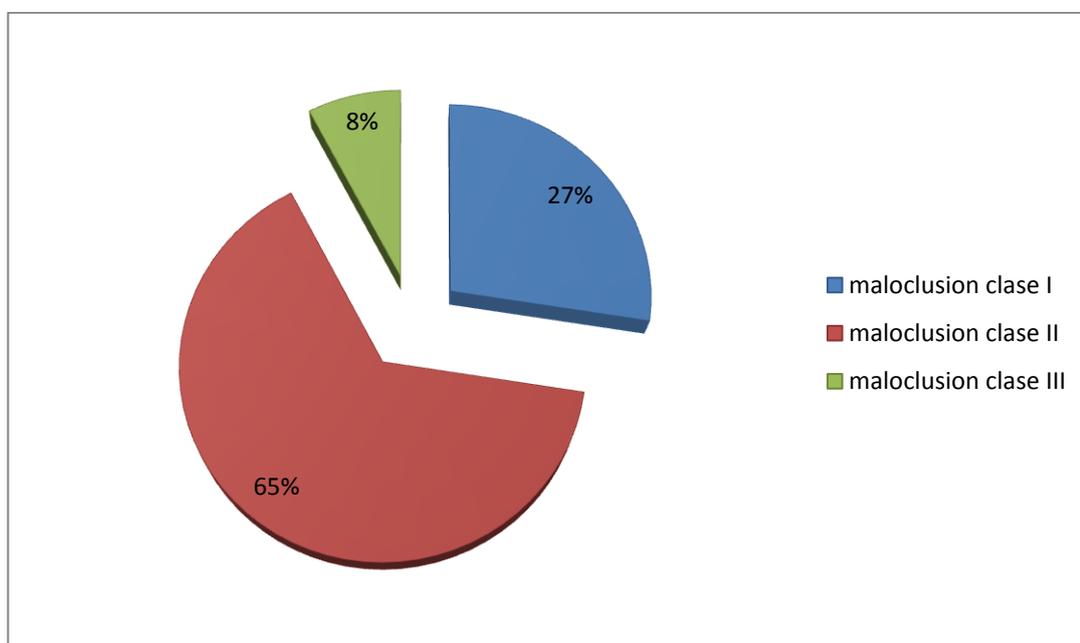
De 91 niños examinados se encontraron 59 que equivale al 65% con protrusión superior, 7 niños con protrusión inferior equivalentes al 8%, con retroinclinación superior y retroinclinación inferior no se encontró a ninguno y 25 niños se encontró con ninguna inclinación dentaria correspondiente al 27%.

Como se relaciona con la cita de *FRIEDMAN. Apnea del sueño y roncopatía. Tratamiento médico quirúrgico. Elsevier. España. 2009. 7 p* **“la protrusión es un signo común de la retroposición mandibular causante y se refiere a la extrusión de los incisivos superior más allá del 2, 2 mm por delante de los inferiores. Los paciente que tiene dientes prominentes presentan una falta de balance facial y dental, que afecta en forma considerable la estética facial”**.⁴²

Frente a esta información se obtiene que la inclinación dentaria en los niños con succión digital en mayor porcentaje fue la protrusión

GRAFICUADRO N: 4
TIPO DE MALOCLUSIÓN

Tipo de maloclusión	Frecuencia	%
Maloclusión clase I	25	27
Maloclusión clase II	59	65
Maloclusión clase III	7	8
TOTAL	91	100



FUENTE: Ficha de observación a los niños con succión digital
ELABORADA POR: Juliana Guerrero Chun

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El tipo de maloclusión que presenta el niño con succión digital se determina mediante la exploración clínica obteniendo los siguientes resultados:

Con maloclusión de clase I de 91 niños se encontraron 25 que corresponde al 27%, con maloclusión clase II a 59 niños equivalentes al 65% y 7 de ellos se encontraron con maloclusión de clase III que corresponde al 8%.

Como se refiere en la cita del libro de MOSCOCHOS A. *Tratamiento Ortodóntico en Paciente con Clase no Colaboradores. Principios y Técnicas Actuales II. Elsevier, España. 2007. 69p*, **“Los dientes inferiores están por distal y a menudo por lingual de los superiores. En el perfil del paciente hace tener la barbilla retirada. La maloclusión de clase II se llaman también distoclusiones, ya que la posición de máxima intercuspidadación, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior, es decir, se encuentra más posterior.”**⁴⁵

De acuerdo a la información recopilada se obtiene que un alto porcentaje de pacientes con succión digital presente maloclusión de clase II

7.3. CONCLUSIONES

Al culminar la investigación se determinó lo siguiente:

- Los 36 niños que corresponden al 39% se succionan el dedo desde la erupción de los primeros dientes, realizándolo de intensidad fuerte que se confirmó en 59 niños correspondientes al 65%. Y determinando la forma del paladar en forma profunda de 79 niños que corresponden al 87%.
- La frecuencia con la que realizan 36 niños que corresponden al 39% a cada rato y 44 niños que corresponden al 48% lo hacen todo el tiempo; determinaron que haya una mayor proclinación dentaria superior ocasionando una protrusión que lleva a la mordida abierta anterior.
- 59 niños que corresponden al 67% tienen maloclusión Clase II, determinando el tiempo de duración de 4ª horas y más al día en 57 niños que corresponde al 62%, tiempo suficiente para ocasionar esta maloclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. MOSBY, Diccionario de Odontología, Segunda Edición Elsevier España, 2009 - 805 p
2. COMAS Luís, Begoña Odriozola. Salud de Nuestros Hijos. CEAC. Barcelona. 2007. 127 p.
3. MENDZA Mendoza Asunción, Solórzano Enrique Reina. Cuaderno Teórico y Práctico. España. 2007p
4. ZITELLI, B.J. Atlas De Diagnóstico Mediante Exploración Física en Pediatría+ Online Access Elsevier. España. 2009. 286p
5. C.TORRES Cuelco. La columna cervical: evolución clínica y aproximaciones terapéuticas. Principios anatómicos y funcionales. Tomo I edit. Panamericana. Argentina 2008. 146p
6. POLIN.A. Richard A, Mark F. Ditmar. Pediatría .Secretos. 3era Edición. Elsevier.España.2006.47 p
7. RINFKIN Jeremy. Civilización Empática, La Carrera Hacia: Una Conciencia Global. Paidós. España. 2010. 62p
8. BORT. Julie. Aviva Pflock, Devra Rrenner. Mama Culpable. Edit. Norma. Bogotá 2006. 66p.
9. GALLARDO Laura Rincón. El Abrazo Que Lleva Al Amor. Edit. Pax. México. 2008. 149p
10. RUEDA Plata, Francisco Leal Quevedo. Preguntas de Madres y Padres. Edit. Panoramica. Bogotá. 2006. 214p.
11. PROFFIT William R. Henry W. Fields, Jr. David M. Sarver Ortodoncia Contemporánea. Elsevier España, 2009 - 751 p

- 12 CARDENA Palma Ascensión, Fátima Sánchez Aguilera. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. Edit. Paraninfo. España. 2007
- 13 SANCHEZ Saravia Claudia. Protegiendo los dientes de tu bebe guía pediátrica para padres. Edic. boliviadental. 2007. 82p
- 14 BENGEL Wolfgang. Valoración y Profilaxis Elsevier. España. 2007. 241P.
- 15 MARIN.A. Manual de Pediatría Ambulatoria, Panamericana, Bogotá. 2008 241 p
- 16 RAMIREZ Guillermo Duque. Semiología Médica Integral. Universal de Atoquia. Colombia 2006. 483p
- 17 CAMERON Angus, Richard P. Widmer Manual de Odontología Pediátrica. Elseiver.madrid.2006. 368p.
- 18 JAMER Jaume. Sonríe Sin Complejos! A los 30, 40,50 Años con Ortodoncia Lingual Invencible. Edit. Amat. Barcelona. 2009. 90 p
- 19 CÁRDENAS Palma Ascensión. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica paraninfo. España 2010. 302p
- 20 HARFIN Julia. Ortodoncia: Procedimientos Y Aplicación Clínica. Panamericana. España. 2010.123p
- 21 ZITELLI J. Basil. Atlas de Diagnóstico Mediante Exploración Física en Pediatría. 5ta. Edit. Elsevier. España2009 .926p.
- 22 ANTUÑA Ribes Dolores. Técnicos de Educación Infantil. Junta de Extremadura.1era edic. edit. Mad, s.l, España. 2006 19 p
- 23 TORRES Cuenco R. La columna cervical evaluación clínica y a aproximaciones terapéuticas. Panamericana. Madrid. 2008 p 146

- 24 C, SUAREZ. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello. Edit. Panamericana. España 2008.146 p
- 25 FRIEDMAN. Apnea del sueño y roncopatia. Tratamiento médico quirúrgico. Elsevier. España. 2009. 7 p
- 26 SCHMALBACH Eslava Javier. Semiología Quirúrgica. Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. 2006. 276p
- 27 MOSCOCHOS A. Tratamiento Ortodóntico en Paciente con Clase no Colaboradores. Principios y Técnicas Actuales II. Elsevier, España. 2007. 69p
- 28 FRIEDMAN. Apnea del sueño y roncopatia. Tratamiento médico quirúrgico. Elsevier. España. 2009. 7 p
- 29 OKESON P. Jeffrey. Tratamiento de Oclusión y Afección Temporomandibular. Elsevier. España, 2008. 58p.
- 30 HARFIN, Julia. F. Tratamiento Ortodóntico en el Adulto 2da Edic. edit. Panamerica. España. 2006.150p
- 31 MOSCOCHOS A. Tratamiento Ortodóntico en Paciente con Clase no Colaboradores. Principios y Técnicas Actuales II. Elsevier, España. 2007. 69p,
- 32 <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>
- 33 <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>
- 34 www.sociedadcolombianadeortopediamaxilar.org/
- 35 <http://www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm>

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Concientizar a través de charlas educativas a los estudiantes de octavo semestre y a los padres de los niños para disminuir el hábito de succión y evitar la presencia de la mordida abierta en la dentición de los niños

Entidad ejecutora

Clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Clasificación del proyecto

Tipo social de orden educativo.

Localización geográfica

Las clínicas odontológicas de encuentra ubicado dentro de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la misma ciudad cuyos límites son:

- Al norte: las colinas de Andrés de Vera
- Al sur: con el coliseo de la California
- Al este: avenida california
- Al oeste: Ciudadela Bellavista

2. JUSTIFICACIÓN

Por los resultados obtenidos en la investigación se pudo apreciar que la succión digital es unos de los factores causantes de la mordida abierta en los niños tomados para la investigación. Ya que el hábito persiste en ellos a edades no normales basada en el difícil desprendimiento de esa costumbre frecuente y el desconocimiento de que los efectos presenten seguirá su línea

en el desorden armónico dental repercutiendo en la función bucodental debido que lo niños realizan el hábito a cada momento de manera, fuerte y por largo tiempo al día.

Esta propuesta benefició directamente a los niños e indirectamente a los padres de familia ya que van a contar con conocimientos que podrán aplicar para controlar o desaparecer el hábito de succión y de esta forma mejora su armonía dental.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La Universidad San Gregorio de Portoviejo fue creada el 21 de Diciembre del 2000. En el transcurso de ese año se reunieron un grupo de profesionales de la institución, para discutir las aspiraciones de muchos bachilleres y la limitada cobertura dental a la población urbana, de esta manera se decidió abrir la carrera de odontología la que fue creada el 2 de mayo, la misma que inició por primera vez clase el 14 de mayo del mismo año.

La primera clínica odontológica fue inaugurada el 23 de septiembre del 2002 con la asistencia de autoridades de la universidad San Gregorio y estudiantes, comenzando a funcionar en la antigua escuela Arco Iris ubicada en la calle Chile. La segunda clínica odontológica se inauguró en la entrada del Colegio 12 de Marzo completa y exclusiva para los estudiantes a partir del sexto semestre. El 15 de septiembre del 2006, se inauguraron las áreas para prácticas odontológicas ubicadas en el edificio N.1 del nuevo campus de la Universidad San Gregorio ubicada en la Avenida Metropolitana, estas áreas constan de 3 clínicas: la clínica "A" y "B" con 15 sillones cada una y la clínica "C"; existe un área de revelado, una área administrativa en cada

clínica y una sala de espera para comodidad de los pacientes. El 14 de mayo del 2010 se inauguró un moderno quirófano totalmente equipado y la nueva área de radiología con tres equipos de radiología y zona de revelado.

En la clínicas odontológica de la Universidad San Gregorio se atienden a un sin números de pacientes que requieren ser atendidos por diversas causa, Unos de los problemas muy citados en esta área es el la salud de los niños en el campo de ortodoncia u odontopediatria, en el cual se llevara atención a aquellos pacientes que presentan hábitos orales como lo es la succión digital que conllevará a una anomalía bucal entre ella prevalece la mordía abierta que amerita ser estudiado.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Disminuir la incidencia de mordida abierta producto de la succión digital que realizan los niños que fueron atendidos en las Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Objetivos específicos

- Mejorar la relación padres e hijos para crear un entorno afectivo, para crear un ambiente saludable para el desarrollo de los niños.
- Educar a los padres para incentivar una mayor preocupación sobre la salud oral de sus hijos y prevenir la aparición del hábito de succión digital.

- Motivar a los estudiantes de las clínicas de la Universidad San Gregorio para impartir conocimientos que ayudaran a un mejor control del hábito de succión.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Tomando en consideración la alta incidencia de la mordida abierta que presentan los niños con succión digital que son atendidos en las clínicas odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo esta propuesta está encaminada a dar información sobre cómo evitar que el niño continúe con el hábito, ya que para mejorar los efectos causado por el mismo se necesita primordialmente que la succión sea eliminada.

Se han descrito procedimientos que consistes en la elaboración de tríptico y gigantografías para que por medio de esto se pueda impartí el conocimiento a los padres de los niños y estudiantes que atienden en las clínicas odontológicas, los mismo que llevaran temas de consecuencias que puede acarrear el hábito de succión digital, tales como la mordida abierta, los posibles tratamientos tanto para que el padre aplique en el hogar y el que es aplicado por los estudiantes y como llevar un entorno afectivo para que el niño no acoja malos hábitos orales.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los niños con succion digital que asisten a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y los beneficiarios indirectos que son los padres de los niños.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta consta de dos etapas:

Primera etapa:

- Socialización de la propuesta
- Elaboración de la gigantografía y trípticos

Segunda etapa

- Charlas educativas a los estudiantes de las Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a través de la gigantografía y entrega de la misma
- Charlas educativa a los padres través de los trípticos.

8. CRONOGRAMA DE LA EJECUCIÓN

ACTIVIDADES	Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización de la propuesta		x						
Elaboración de la gigantografía			x					
Elaboración de trípticos			x					
Charlas a los estudiantes y entrega y gigantografía				x				
Charlas a los padres y niños y entrega trípticos					x			

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FUNCIONAMIENTO
					AUTOGESTIÓN
Gigantografía	1	Unidad	35.00	35.00	25.00
Trípticos	1	Unidad	0.40	4.00	4.00
Sub total				39.00	39.00
Imprevisto 10% del gasto total				3.90	3.90
TOTAL				42.90	42.90

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con el apoyo de los estudiantes y sus autoridades, en donde existe el compromiso de continuar con las charlas educativas para beneficiar a los niños objetos del estudio.

Será sustentable también por el interés demostrado de los padres que sirvió para replicar todos los conocimientos adquiridos en mejorar su relación afectiva con los niños.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTOS

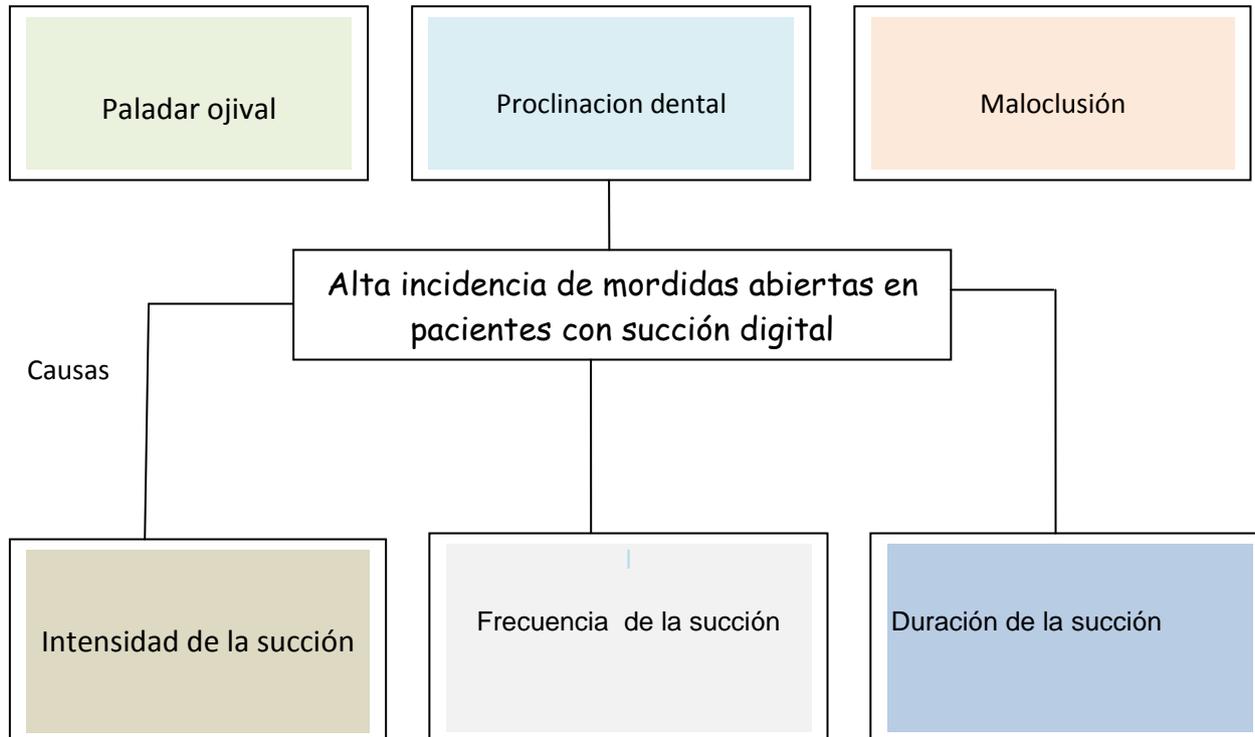
Esta propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de la misma.

AneXoS

1

ARBOL DE PROBLEMAS

Efectos



CRONOGRAMA

MODO DE NOMBRE DE TAREA	DURACION	COMIENZO	FIN	NOMBRE DE LOS RECURSOS
RECOPIACION DE LA INFORMACION BIBLIOGRAFICA	25 días	26.09.2011	20.10.2011	Autores de tesis
Recopilación de textos acordes con el tema investigado	7 días	26.09.2011	2.10.2011	Autores de tesis
Selección de la información bibliográfica	15 días	3.10.2011	17.10.2011	Autores de tesis
Depuración de los contenidos	3 días	18.10.2011	20.10.2011	Director de tesis
REDACCION DEL MARCO TEORICO	22 días	21.10.2011	11.11.2011	Autores de tesis
Redacción del marco teórico	18 días	21.10.2011	7.11.2011	Autores de tesis
Correcciones del marco teórico	4 días	8.11.2011	11.11.2011	Director de tesis
APLICACIÓN DE LA INVESTIGACION DE CAMPO	40 días	12.11.2011	21.12.2011	Autores de tesis
Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	12.11.2011	12.11.2011	Autores de tesis
Aplicación de las encuestas	14 días	13.11.2011	26.11.2011	Autores de tesis
Aplicación de la observación	25 días	27.11.2011	21.12.2011	Autores de tesis
TABULACION E INTERPRETACION DE LA INFORMACION	15 días	22.12.2011	5.01.2012	Autores de tesis
Tabulación de los resultados	5 días	22.12.2011	26.12.2011	Autores de tesis
Graficación estadística de la información	2 días	27.12.2011	28.12.2011	Autores de tesis
Análisis e interpretación de los resultados	5 días	29.12.2011	02.01.2012	Autores de tesis
Evaluación del alcance de los objetivos específicos	3 días	03.01.2012	05.01.2012	Autores de tesis
REDACCION DE LAS CONCLUSIONES	4 días	6.01.2012	9.01.2012	Autores de tesis
Redacción de las conclusiones				
DISEÑO DE LA PROPUESTA	5 días	10.01.2012	14.01.2012	Autores de tesis
Planificación de la propuesta	2 días	10.01.2012	11.01.2012	Autores de tesis
Elaboración de la propuesta	3 días	12.01.2012	14.01.2012	Tutor de tesis
REDACCION DEL INFORME FINAL	8 días	15.01.2012	22.01.2012	Autores de tesis
Redacción del borrador del informe				Tutor de tesis

CORRECCION DEL INFORME FINAL Presentación del borrador del informe para correcciones Correcciones finales del borrador del informe	19 días	23.01.2012	10.02.2012	Autores de tesis Autores de tesis
	3 días	23.01.2012	25.01.2012	
	16 días	26.01.2012	10.02.2012	Lectores de tesis
DEFENSA DEL INFORME FINAL Aprobación de la tesis	15 días	11.02.2011	25.02.2012	Autores de tesis Consejo Académico de la Carrera

PROSUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Computador	1	Unidad	900,00	900,00	900,00	
Fotocopias	2000	unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
Internet	1000	Mbps	0,10	100,00	100,00	
Suministros				162,08	162,08	
pen drive	1	Unidad	10,00	10,00	10,00	
Viáticos		Dólar		150,00	250,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
Baberos	60	Unidad	0,15	9,00	9,00	
porta baberos	2	Unidad	2,50	5,00	5,00	
campos de tela	5	Unidad	1,00	5,00	5,00	
gorros descartables	1	paquete	10,00	10,00	10,00	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Anillados	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
Empastados	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
Subtotal					1,766.00	
Imprevistos					176.66	
Total					1,942.77	

Anexos

2

FICHAS CLÍNICAS

Nombre del paciente:

Sexo: Femenino Masculino

Edad:

Aspecto clínico del dedo succionado

- Normal
- Profundo
- Ancho

Tipo de mordida del niño con hábito de succión digital

- Mordida normal
- Mordida bis a bis
- Mordida profunda
- Mordida cruzada
- Mordida abierta

Inclinación dentaria de las piezas anterior en los niños con el hábito de succión digital.

- Protrusión superior
- Protrusión inferior

Tipo de mal-oclusión que presenta el niño con hábito de succión

-
- Mal-oclusión clase
- Mal-oclusión clase
- Mal-oclusión clase5) ¿En que momento realiza la succión del dedo el niño?
- En las en las mañanas
- En las tardes
- En las noches
- Todo el tiempo

6) ¿Por qué cree usted que el niño se chupa el dedo?

-
- Por qué le gusta
- Por costumbre
- Por sueño
- Por aburrimiento
- Por timidez

7) ¿Cuándo realiza la succión del dedo el niño?

- Cuando está viendo tv
- Cuando está dormido
-

- Cuando esta solo
- Cuando hay gente
- En cualquier lugar

8) Aparte De Que El Niño Se Chupa El Dedo ¿Ha Visto Que Coloca La Lengua entre medios de los diente

- SI
- NO

9) ¿Ha visto cambio en la dentición del niño a causa de la succión digital?

- Mucho cambio
- Poco cambio
- Ningún cambio

Carrera de odontología

Formulario de encuestas

Dirigida a los padres de familias de los niños con succión digital que asisten a las clínicas odontológicas

Indicación: las preguntas serán anónimas señores sírvase a responder marcando con una x a uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar

1) ¿En qué edad comenzó a tener el hábito de succión digital?

- Desde que nació
- Desde que le salieron los primeros dientes
- Desde que empezó a comer alimentos
- Desde que inicio el jardín
- Desde que inicio escuela

2) ¿De qué manera realiza la succión el niño?

-
- suave
- fuerte
- moderada

3) ¿Qué tiempo mantiene el niño el dedo chupando en la boca al día?

-
- 30 minuto
- 1 hora
- 2 horas
- 3 horas
- 4 horas o mas

4) ¿Con que frecuencia el niño se chupa el dedo?

- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 veces al día

Anexo

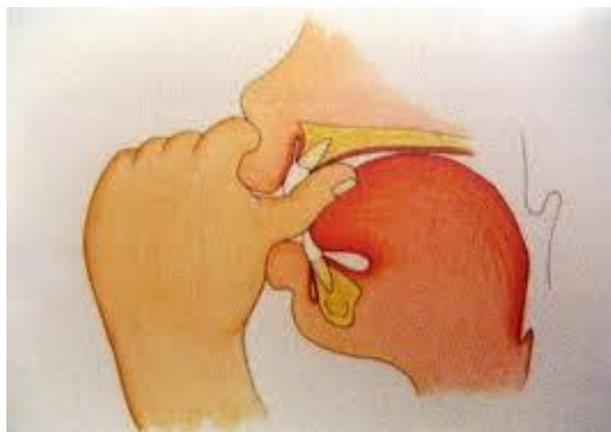
S

3

SUCCIÓN DIGITAL EN DIFERENTE POSICIÓN DEL DEDO



LA PRECIÓN ENPUJA LOS INCISIVOS



CAUSA DE LA SUCCIÓN



MORDIDA ABIERTA

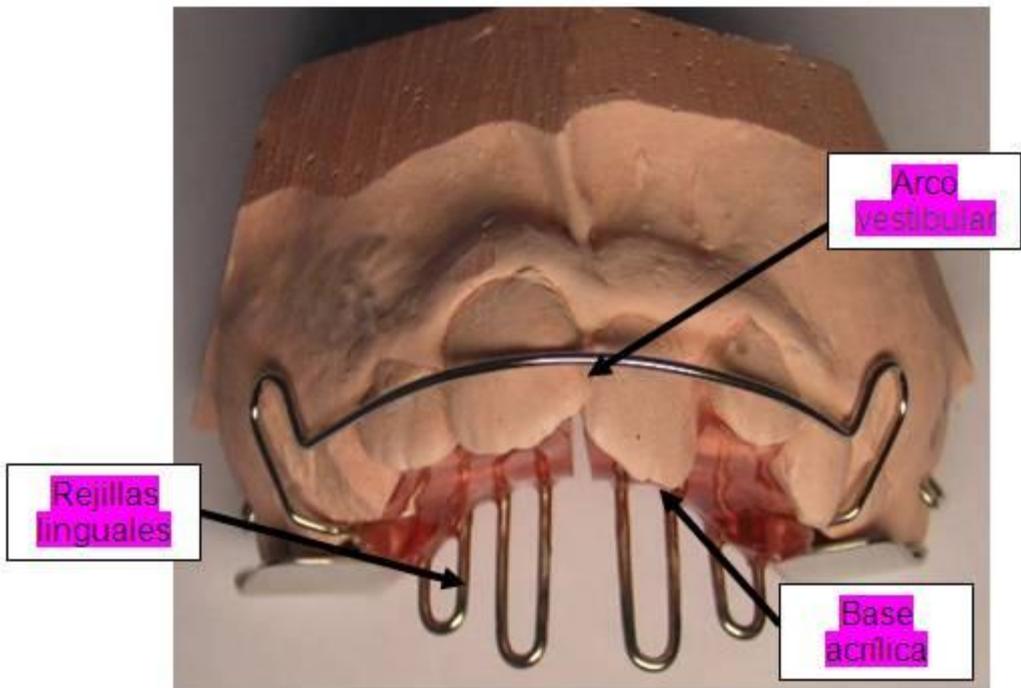


Externo



Interno

TRATAMIENTO



Removible



fijo



Anexo

S

4

REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS





FICHA DE OBSERVACIÓN





MORDIDA ABIERTA OBSERVADA





CHARLAS A LOS PADRES DE FAMILIA





CHARLAS A LOS ESTUDIANTES



