



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de

Odontóloga.

Tema:

Caracterización de la succión digital en niños de 7 a 12 años de Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo durante el período marzo-julio 2015.

Autora:

Marianny Carolina García Moreira.

Directora de tesis:

Od. Angélica Miranda Arce Mg. Gs.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Od. Angélica Miranda Arce. Mg.Gs. certifica que la tesis de investigación titulada: Caracterización de la succión digital en niños de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo durante el período marzo-julio 2015, es trabajo original de la autora Marianny Carolina García Moreira, la misma que estuvo bajo mi dirección y supervisión.

Od. Angélica Miranda Arce Mg.Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis: Caracterización de la succión digital en niños de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo durante el período marzo-julio 2015, ha sido presentado y realizado por la egresada Marianny Carolina García Moreira, cumpliendo con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg.Gs.

Directora de la carrera.

Od. Angélica Miranda Arce Mg.Gs.

Directora de tesis.

Od. Jéssica García Loor.

Miembro del tribunal.

Od. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad del presente trabajo investigativo, así como su estudio, argumento, análisis, resultados, propuestas, conclusiones y recomendaciones, pertenecen exclusivamente a su autora Marianny Carolina García Moreira. Además, cedo los derechos de autoría de la presente tesis de grado a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Marianny Carolina García Moreira.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco principalmente a Dios, por su infinita bondad, por la fortaleza que me brindó , por darme salud, paciencia y perseverancia lo cual me permitió cumplir una de mis más anheladas metas.

A mi familia, por su apoyo moral y espiritual en cada una de las metas propuestas. A la Od. Angélica Miranda Arce Mg. Gs. mi directora de tesis, por haberme guiado con sus conocimientos, paciencia y motivación en la conducción del presente trabajo de investigación. Al personal docente, administrativo, estudiantes y padres de familia de la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco por brindarme su apoyo desinteresado.

A mis amigos Karla, Gema, Ana Cristina, Coralía y Dayan (+) porque una vida sin amigos no es vida, por hacer más fácil el trayecto y sobretodo por su apoyo incondicional. A todas las personas que de una u otra manera me han ayudado de forma desinteresada.

Marianny Carolina García Moreira.

DEDICATORIA.

A Dios por ser mi fuente personal de inspiración, mi bastón y por brindarme la felicidad que hoy puedo expresar al culminar una meta tan deseada en mi vida.

A la venerada memoria de mi adorado papi Gonzalo, por su amor, sus enseñanzas y su apoyo. A mi mami Mariana por ser un pilar fundamental en mi vida y en mi crecimiento personal con su bondadoso amor.

A mis padres, Sixto García Moreira y Caroll Moreira Macías por su apoyo incondicional , por saber guíarme durante las etapas de mi vida y por compartir conmigo este logro, porque no es mío sino de ellos. A mi hermano Sixto Javier, por ser mi cómplice a lo largo de este camino.

RESUMEN.

La succión digital es un factor local para la presencia de las mal oclusiones, pero si se elimina este hábito a temprana edad se puede evitar futuros problemas. Depende de la intensidad, frecuencia y duración con la que se realice, así mismo del tipo de dedo con la que se efectúe.

La importancia de este estudio se estableció en caracterizar el hábito de succión en niños de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta “Francisco Pacheco” de la ciudad de Portoviejo, determinando de esta manera la cantidad de niños con el hábito.

El tipo de investigación que se realizó fue de campo, descriptiva de corte transversal, contando con una población de 564 niños, se recolectó toda la información para proceder a ser analizada en la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

De los 564 niños que se revisaron, el hábito lo presentaron 141, obteniendo en los respectivos análisis su mayor frecuencia según el sexo en las mujeres, y según la edad a los 7 años. Se debe recalcar también que la prolongada actividad del hábito de succión digital puede ocasionar problemas de mal oclusión como mordida abierta.

Palabras claves: Succión digital - mal oclusión - mordida abierta.

ABSTRACT.

The finger sucking is a local factor for the presence of malocclusions but if this habit is eliminated at an early age, future problems can be avoided. It depends on the intensity, frequency and duration this habit is performed and the type of finger that is involved.

The importance of this study was established to highlight the sucking habit in children aged 7-12 in “Francisco Pacheco” Public School in the city of Portoviejo, thereby determining the number of children with the habit.

Field research, descriptive cross-sectional was conducted with a population of 564 children. All data was collected to be analyzed in Microsoft Excel worksheet.

564 children were checked and 141 had the habit, Clinical results showed that according to gender it was more frequently in women and, according to age, at 7 years old.

It should also be emphasized that prolonged activity of finger sucking habit may cause problems such as open bite malocclusion.

Key words: Finger sucking, malocclusion, open bite malocclusion.

INDICE

Certificación de la directora de tesis	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.....	VII
Abstract.	VIII
Indice.....	IX
Introducción.	1
Capitulo i.....	3
1. Problematización.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	3
1.3.1. Preguntas de la investigación.....	5
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.5. Justificación.....	6
1.6. Objetivos.	7
1.6.1. Objetivo general.	7
1.6.2. Objetivos específicos.	7
Capitulo II.	8
2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.....	8
2.1. Hábito.....	8
2.1.2. Tipos de hábitos orales:.....	10
2.1.3. Definición de la succión digital.....	11
2.1.4. Etiología.	12
2.1.5. Posicionamiento del dedo succionado.	12
Características.	12
2.1.6. Secuelas.....	14

2.1.8.	Consecuencias.	14
2.1.9.	Control del hábito.....	15
2.2.	Oclusión.	16
2.2.1.	Definición.....	16
2.2.2.	Tipos de oclusión.	18
	Oclusión fisiológica.	18
	Oclusión no fisiológica.	18
	Oclusión terapéutica.....	19
2.3.	Desarrollo de la oclusión permanente.	19
2.4.	Mal oclusiones.	20
2.5.	Clasificación de Angle.	21
2.6.	Mal oclusión por succión digital.	22
2.6.1.	Diastemas.	23
2.6.2.	Apiñamiento dental.	24
2.6.3.	Tipo de paladar.....	24
	Normal.....	24
	Profundo.....	24
2.6.4.	Forma de los arcos dentarios.	25
2.6.5.	Tipo de alteraciones de la mordida.....	25
	Mordida abierta anterior.....	25
2.6.6.	Secuelas desfavorables de la mal oclusión.....	27
2.7.	Tratamiento.	27
2.8.	Unidades de observación y análisis.....	28
2.9.	Matriz de operacionalización de las variables.	28
	Capitulo III.....	29
3.	Marco Metodológico.....	29
3.1.	Modalidad de la investigación.	29
3.2.	Tipo de investigación.	29
3.3.	Métodos.....	29
3.4.	Técnicas.....	30
3.4.1.	Observación.....	30

3.5.	Instrumentos.....	30
3.6.	Recursos.....	30
3.6.1.	Recursos humanos.....	30
3.6.2.	Recursos materiales.....	30
3.6.3.	Recursos tecnológicos.....	31
3.6.4.	Recursos económicos.....	31
3.7.	Población.....	31
3.7.1.	Muestra.....	31
3.7.2.	Criterios de exclusión.....	31
3.8.	Recolección de la información.....	32
3.9.	Procesamiento de la información.....	32
3.10.	Ética.....	32
	Capítulo IV.....	33
4.	Análisis e Interpretación de Resultados.....	33
4.1.	Ficha de observación realizada a los Estudiantes de la escuela.....	33
	Cuadro N° 1.....	33
	Total de niños con hábito de succión digital.....	33
	Cuadro N° 2.....	36
	Edad.....	36
	Cuadro N ° 3.....	38
	Sexo.....	38
	Posicionamiento del dedo succionado.....	40
	Cuadro N° 5.....	42
	Aspecto clínico del dedo succionado.....	42
	Cuadro N° 6.....	44
	Alineación de los dientes.....	44
	Cuadro N° 7.....	46
	Tipos de paladar.....	46
	Cuadro N° 8.....	48
	Forma del arco.....	48
	Cuadro N° 9.....	50

Alteraciones de la mordida.....	50
Cuadro N ° 10.....	52
Clase molar.....	52
Capitulo V.	54
5. Conclusiones y Recomendaciones.	54
5.1. Conclusiones.	54
5.2. Recomendaciones.....	55
Capitulo VI.....	56
6. Propuesta.....	56
6.1. Tema.....	56
6.1.1 Período de ejecución.	56
6.1.2. Clasificación de la propuesta.	56
6.1.3. Localización geográfica.	56
6.2. Justificación.....	56
6.3. Marco Institucional.	57
6.4. Objetivos.	57
6.4.1. Objetivo General.	57
6.4.2. Objetivos específicos.	58
6.5. Descripción de la propuesta.	58
6.6. Responsables.	58
6.7. Beneficiarios.	58
6.8. Diseño metodológico.	58
6.9. Sostenibilidad.....	59
6.10. Cronograma.....	59
6.11. Presupuesto.	59
Anexos.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	70

INTRODUCCIÓN.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia.ws, en la revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría en su versión digital, un artículo de González y colaboradores¹ (2012), se puede citar que:

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser del dedo, chupón o labio, la respiración bucal, la interposición lingual en reposo y deglución infantil. (Sección de Introducción, párr. 1).

Investigando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia.ws, en la revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría en su versión digital, un artículo de Medina y colaboradores² (2010) se puede transcribir que:

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral, La American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo. (Sección de succión digital, párr. 1)

¹González,M., Gianfranco,G., Herrera,D., y Quirós,O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura:Revisión de la bibliografía. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.[En línea]. Consultado: [30,Mayo,2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>

²Medina,C., Laboren,M.,Viloria,C., Quirós,O., Jurisic, A., Alcedo,C., Molero, L., y Tedaldi, J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [23,Abril,2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

El hábito de succión digital es común en la infancia considerándose normal hasta los 4 años, a partir de esta edad empieza a causar lesiones bucales. En la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo, los resultados determinaron que el hábito fue más común en las edades comprendidas de 7 a 9 años, siendo predominante en las niñas. Las principales maloclusiones que se presenciaron fueron la mordida abierta anterior y la clase molar II caracterizada por la distoclusión del primer molar permanente inferior. Se pudo determinar de esta manera que el dedo que con mayor frecuencia se succionan los niños es el pulgar.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Caracterización de la succión digital en niños de 7 a 12 años de la escuela Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo durante el período marzo-julio 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las características clínicas que presentan los niños con el hábito de succión digital de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco?.

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de Ortodoncia.ws, en la revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, en su versión digital, un artículo de Medina y colaboradores³ (2010) sobre las mal oclusiones se puede referenciar que:

Según la (OMS), ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y puede ser asociadas de forma directa con Hábitos bucales así quedó evidenciado por un estudio realizado por el Dr. Oscar Quirós sobre las CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DE LOS NIÑOS DEL JARDÍN DE INFANCIA BEATRIZ DE ROCHE DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS IVIC en el cual concluyó que más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los

³Medina,C., Laboren,M.,Viloria,C., Quirós,O., Jurisic, A., Alcedo,C., Molero, L., y Tedaldi, J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [23,abril,2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital. (Sección de Introducción, párr. 3).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, de la revista de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez, en su versión digital, un artículo de González y colaboradores⁴ (2012) se puede referir que:

Las maloclusiones representa 70% de las afecciones de la cavidad bucal y constituyen un problema de salud bucal. Las maloclusiones según la OMS, ocupan el 3er lugar como problema de salud bucal, por su prevalencia e incidencia son consideradas problemas de salud. (Sección de introducción, párr.3).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Biblioteca virtual en salud de Cuba, en la revista Clínica estomatológica docente, en su versión digital, un artículo de González⁵ y colaboradores (2015) se puede señalar que:

Este trabajo es resultado de un estudio epidemiológico descriptivo transversal, que aporta la prevalencia del hábito de succión digital en escolares comprendidos entre los 6 y 11 años de edad ambos sexos de la primaria Augusto César Sandino del municipio Ciego de Ávila. Se estableció formulario para la recogida de la información y se utilizó la observación directa durante el examen de cada caso, con la finalidad de indentificar la presencia de dicho hábito. Se evidenció en los escolares estudiados que el 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 incedencia fue el comprendido entre los 7 y 8 años. (Sección de resumen, párr. 1).

⁴González,R., Ochoa,D., Silva,F., y Cruz,Isabel. (2012). Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Revista Habanera de las ciencias médicas. [En línea]. Consultado: [23,abril,2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000400006&script=sci_arttext

⁵González, S., Vásquez, L., García,R., y Antelo, L. (s/f). Prevalencia de hábitos de succión digital en escolares. Revista Clínica estomatológica del docente. [En línea]. Consultado: [23,abril,2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a7_v11_supl205.htm

Observando las informaciones disponibles en el sitio web Ortoface.com, un artículo de Da Silva⁶ (2004) se puede conocer que:

De todas las maloclusiones encontradas en la dentadura temporal, en escuelas de Buru, la más frecuente fue la mordida abierta anterior aislada (27,95%) o asociada a mordida cruzada posterior (7%). De esta forma, la frecuencia total de mordida abierta anterior en la dentadura temporal alcanza cifras próximas al 35 %, más exactamente 34.95%. La frecuencia de esta maloclusión refleja la marcada influencia de los agentes etiológicos: los hábitos bucales de succión. (Sección de introducción y revisión de la bibliografía, párr. 2).

En la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco no se obtienen datos de este estudio, es por ello que se va a determinar la presencia del hábito de succión digital en niños de 7 a 12 años.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es la prevalencia del hábito de succión digital de acuerdo a su grupo de edad y sexo?.

¿Cuáles son los tipos de mal oclusiones más frecuentes que se presentan en niños con hábito de succión digital?.

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Succión digital.

1.4.1. Delimitación espacial: Escuela Fiscal Mixta “Francisco Pacheco”.

1.4.2. Delimitación Temporal: La presente investigación se efectuó durante el período marzo-julio del 2015.

⁶Da Silva, O., Do Rego, M., Silva, P., Cavassan, A., y Fernández, J., (2004). Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal. Consultado: [24, abril, 2015]. Disponible en: <http://www.ortoface.com/pdfs/Habitos%20de%20succion%20y%20maloclusion.%20epidemiologia%20en%20a%20dentadura%20temporal.pdf>

1.5. Justificación.

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad obtener información sobre la caracterización del hábito de succión digital en niños de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco.

La importancia de este estudio radicó en que los niños que realizaban la succión digital presentaban características propias derivadas del mencionado hábito, y al generar en casos más severos problemas de mal oclusión logra que las personas a futuro realicen un gasto económico y de tiempo al tratar de corregir estos problemas. Por eso al instruir a los padres de familia y a los niños sobre los efectos de la succión digital se puede evitar lograr deformidades ya sea a nivel de la cavidad oral o de los dedos que realizan la succión.

Los beneficiarios de este proyecto fueron los estudiantes de la mencionada institución al igual que los padres de familia, ya que se proporcionó información necesaria para evitar que se continúe con este hábito así mismo que se generaren mayores problemas, logrando así un beneficio económico para los padres de familia , sirviendo de aporte a las ciencias de la salud, en el campo de la odontología.

Fue factible realizar la presente investigación ya que se contó con el apoyo necesario del director de la escuela, así mismo con los recursos eficaces que permitieron llevar a cabo la presente investigación, ya que no se presentaban datos de que se haya realizado el estudio en la escuela fiscal mixta “Francisco Pacheco”.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar el hábito de succión digital en niños de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta “Francisco Pacheco”.

1.6.2. Objetivos específicos.

Determinar la población con el hábito de succión digital en niños de 7 a 12 años según el grupo de edad y el sexo.

Establecer las maloclusiones más frecuentes en niños con succión digital.

Identificar el posicionamiento del dedo succionado según Quirós y colaboradores.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico, Referencial y Conceptual.

2.1. Hábito.

Examinando la obra de Nahás⁷ (2009) se puede conocer que: “El hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios”. (p. 556).

Investigando nuevamente en la obra de Nahás⁸ (2009) se puede mencionar que “ Finalmente resalta que la etiología de los hábitos bucales por lo general contiene un aspecto psicológico muy fuerte y se trata de una válvula de seguridad contra presiones emocionales, físicas o psíquicas.” (p. 556).

Observando la obra de Guedes y colaboradores⁹, (2011) se puede saber que: “Cuando el hábito permanece por tiempo prolongado, puede afectar la posición de los dientes, la relación maxilomandibular, estructuras miofuncionales (labios, lengua, mejillas y paladar) y funciones como el habla, respiración y deglución.”. (p.363).

⁷Nahás,M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa de Brasil: Editorial: Santos.

⁸Nahás,M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa de Brasil: Editorial: Santos.

⁹Guedes,C., Delgado,C., y Carillo,A. (2011).Fundamentos de Odontología:Odontopediatría. República Federativa de Brasil:Editorial:Santos.

Indagando la obra de Barbería y colaboradores¹⁰ se puede transcribir que: “La existencia de hábitos como la *succión del pulgar* o de otro dedo, al ser una conducta reprobable, es bien conocida de los padres.” (p. 17).

Analizando la obra de Canut¹¹ (1998) y colaboradores se puede anotar que:

Hay que analizar cuidadosamente cómo y qué succiona el niño y qué posibilidades psicológicas hay de eliminar el hábito. Es conveniente iniciar el tratamiento cuando el factor causal haya desaparecido, y difícilmente mejorará la relación oclusal si la función anómala sigue persistiendo. (p. 107).

2.1.1. Clasificación.

Indagando en la obra de Ustrell y Durán¹² (2002), en su clasificación de los hábitos se puede conocer que:

Hábitos primarios: Son los primeros en aparecer partiendo de la normalidad. Tienen origen espontáneo o pueden ser debidos a una deficiente maduración funcional. Originariamente no van acompañados de otros hábitos aunque pueden (o no) ser desencadenados por factor etiológico.

Hábitos secundarios: Son consecuencia de la deformación morfológica provocada por un hábito primario (al que suelen acompañar).

Hábitos combinados: Existencia de un hábito primario y uno o más hábitos secundarios. (p. 124).

¹⁰Barbería, E., Boj,J., Catalá, M., García, C., y Mendoza,A. (2002). Odontopediatría.Reino de España:Editorial Masson.

¹¹Canut, J. (1998).Ortodoncia Clínica. Reino de España: Editorial Salvat.

¹²Ustrell, J., y Durán, J. (2002). Ortodoncia.Reino de España. Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona.

2.1.2. Tipos de hábitos orales:

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Fundación Valle del Lili, en la revista Carta de la Salud en su versión digital, analizando un artículo de Navas¹³ (2012) se puede transcribir que:

Hábito de succión: Succión digital (Chupar dedo), succión de lengua, de labios y hábito de biberón, cuando éste es constante después del 1er año.

Hábito de mordedura: Mordedura de objetos extraños, onicofagia “comer uñas”, bruxismo (apretar o rechinar las estructuras dentales).

Otros hábitos: Interposición lingual en reposo (posición inadecuada de la lengua mientras no se realiza ninguna actividad), deglución atípica y respiración bucal.(Sección ¿Cuáles son los tipos de hábitos orales existentes?, párr. 1).

2.1.2. Tipos de succión.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web Scielo, en la revista Perinatología y reproducción humana en su versión digital, un artículo de Campuzano y colaboradores¹⁴ (2012) es posible citar que:

Succión nutritiva: Es la principal manera de recibir nutrición y requiere de integrar la respiración, succión y deglución para una alimentación adecuada.

Succión no nutritiva: tiene un efecto calmante, es utilizada como un método para explorar el medio ambiente. Es la succión que se realiza sin extraer líquido, a través de un chupón, con el seno vacío, o sobre un dedo colocado en la parte media de la lengua. La succión no nutritiva es menos compleja ya que la deglución es escasa y, por lo tanto, la coordinación con la respiración es mínima. Este tipo de succión no nutritiva, madura antes que la succión nutritiva.(Sección de Introducción, párr. 5 y 6)

¹³Navas, C. (2012). Hábitos Orales.Revista Carta de la Salud. [En línea]. Consultado:[23,mayo,2015]. Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

¹⁴Campuzano,M.A., Ibarra, M., Mateos, C., y Mendoza, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretermino. Revista Perinatología y reproducción humana. [En línea]. Consultado: [23,mayo,2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300006

2.1.3. Definición de la succión digital.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Scribd, un artículo de Selakovic¹⁵

(2012), es posible conocer que:

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en cavidad oral. Es el más frecuente de los hábitos orales patológicos, que pueden presentar los niños y la mayoría de las veces implica una contracción activa de la musculatura perioral.(Sección de Succión Digital, párr. 1).

Leyendo nuevamente informaciones disponibles en el sitio web Scrib, un artículo de Selakovic¹⁶ (2012) puedo citar que: “La Succión Digital también es considerada una relación senso-motora resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido”. (Sección de Succión Digital, párr. 2).

Analizando la obra de Boj y colaboradores¹⁷ (2004) se puede saber que:

El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, aunque, debido a la prontitud con que se inicia, el odontólogo no lo aprecia, ya que suele terminar a los 3 o 4 años de edad.

Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención. (p. 381).

Indagando en la obra de Proffit y colaboradores¹⁸ (2013), es permisible transcribir que: “Cuando un niño se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes, suele colocarlo en un

¹⁵Selakovic, V. (2012). Succión Digital.Consultado: [23,mayo,2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/84405561/Succion-Digital>

¹⁶Selakovic, V. (2012). Succión Digital.Consultado: [23,mayo,2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/84405561/Succion-Digital>

¹⁷Boj, J.R., Catalá,M., García-Ballesta,C., y Mendoza,A. (2004). Odontopediatría. Reino de España:Editorial Masson.

¹⁸Proffit, W., Fields, H., y Sarver,D. (2013). Ortodoncia Contemporánea.Reino de España:Editorial Elseiver.

ángulo tal que comprime lingualmente los incisivos inferiores y labialmente los incisivos superiores.” (p. 137).

2.1.4. Etiología.

Consultando informaciones disponibles sobre el tratamiento de succión digital en niños en la revista CES Odontología, un artículo de Restrepo¹⁹ (2009) se puede señalar que:

La etiología de la succión digital es multifactorial e incluye factores genéticos y ambientales. Entre estos se presenta la perpetuación de un reflejo de succión no resuelto. También ha sido asociada con otro tipo de síndromes como la tricotilomanía (Arrancarse el pelo). (Sección de Introducción, párr. 2).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Guioteca, un artículo de Martínez²⁰ (2012) se puede conocer que:

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

2.1.5. Posicionamiento del dedo succionado.

Características.

Analizando la obra de Boj y colaboradores²¹ (2004), es posible saber que:

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar. Los efectos de este dependerán de la posición, intensidad, frecuencia, y duración del hábito de succión, logrando ocasionar una mordida con un franco aumento de resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores. (p.381).

¹⁹Restrepo,C.C. (2009).Tratamiento de succión digital en niños.Revista CES Odontología.[En línea].Consultado: “[23,mayo,2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/comandato/Downloads/Dialnet-TratamientoDeSuccionDigitalEnNinosRevisionSistmati-4951554.pdf>

²⁰Martínez, Cl. (2012). Succión digital; ¿Qué riesgos tiene y cómo la detengo?.Consultado:[24,mayo,2015]. Disponibles en: <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

²¹Boj, J.R., Catalá,M., García-Ballesta,C., y Mendoza,A. (2004). Odontopediatría. Reino de España:Editorial Masson.

Investigando el posicionamiento del dedo succionado en la obra de Quirós y colaboradores²²

(2003) se puede citar que:

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

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

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

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (pp. 41 y 42).

Considerando la obra de Escriván²³ (2007) respecto al posicionamiento del dedo succionado se puede referir que:

Con relación a la succión digital, el niño puede utilizar indistintamente cualquiera de los dedos, aunque el más frecuente es el pulgar, también el que produce mayores alteraciones dentoesceléticas los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral.(pp. 312 y 313).

²²Quirós, O., Martínez, O., Torres, M., Pichenbauer, E., Hernández, E., Rodríguez, A., Constat, G., Palma, A., Marcano, H., Chevallier, B., Pérez, M., Rojas, A., y Guerrero, C. (2003). Ortodoncia Nueva Generación. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

²³Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

2.1.6. Secuelas.

Leyendo la obra de Boj y colaboradores²⁴ (2011) sobre las secuelas del hábito de succión digital pude saber que: “Si el hábito desaparece antes de los 3 años de vida, no deja secuela en la oclusión, de manera que si se abandona pronto, no suelen observarse efectos oclusales permanentes.” (p.535)

Indagando nuevamente en la obra de Boj²⁵ y colaboradores (2011) se puede transcribir que:

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

Consultando en la obra de Boj²⁶ (2011) y colaboradores se puede saber que:

El cuadro clínico derivado adopta múltiples formas dependiendo de la forma, la frecuencia y la intensidad de la succión, así como del marco facial del paciente; la protusión superior y mordida abierta suelen ser los signos acompañantes. Con frecuencia la lengua se interpone en la zona abierta y contribuye a su persistencia, aunque como mecanismo funcional adaptativo y no causal. (p.534).

2.1.8. Consecuencias.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Saludalia²⁷ (2015) se puede señalar que:

Las alteraciones a nivel orgánico pueden ser deformidades de los dedos que se succionan y además puede repercutir en la posición de los dientes, en la forma de las

²⁴Boj, J., Catalá, M., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Editorial Ripano.

²⁵Boj, J., Catalá, M., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Editorial Ripano.

²⁶Boj, J., Catalá, M., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Editorial Ripano.

²⁷Saludalia. (s/f.). Hábitos perjudiciales para los dientes. Consultado: [23, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.saludalia.com/salud-de-la-boca/habitos-perjudiciales-dientes>

arcadas y como consecuencia sobre las relaciones intermaxilares, pudiendo dar lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño. Esto puede dar lugar a una mordida abierta anterior, más pronunciada en el lado donde se succiona el dedo, y también a un paladar estrecho por la presión del músculo buccinador (mejillas). A nivel social la succión digital puede interferir en la relación del niño, ya que a veces puede ser motivo de crítica, rechazo o incluso de castigo. (Sección de Succión digital, párr. 3)

Considerando la obra de Escriván²⁸ (2013), se puede conocer que:

Con relación a los efectos nocivos del hábito de succión, ya desde la *dentición primaria* pueden producir: mordida abierta, protrusión de los incisivos maxilares, por la interferencia en el crecimiento vertical de los procesos alveolares; mordida cruzada posterior ya que la contracción de los músculos tienden a comprimir la arcada maxilar, que pueden ser un efecto transitorio si el hábito es suspendido muy tempranamente, mordida cruzada posterior por la excesiva constricción de los músculos del mecanismo del buccinador. (p.313).

Averiguando nuevamente la obra de Escriván²⁹ (2007) , sobre los efectos de la succión digital se puede referenciar que:

Hablando ya más directamente sobre los efectos del impacto de las presiones anormales sobre los dientes podemos anotar: Labioversión de los incisivos maxilares, mordidas abiertas con o sin protrusión dentaria, constricción del maxilar o una combinación de todas ellas, cuya actividad dependerá de las acciones antes señaladas (frecuencia, duración e intensidad del acto). (pp. 313 y 316).

2.1.9. Control del hábito.

Leyendo la obra de Escriván³⁰ (2007) sobre el control del hábito de succión digital, es posible transcribir que:

La mayoría de los clínicos está de acuerdo en que deben ser erradicados tempranamente, primero, mediante la persuasión o la modificación de conducta y que los aparatos fijos para su control deben ser pospuestos hasta que erupcionen los

²⁸Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

²⁹Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

³⁰Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

incisivos, a los 5 o 7 años de edad. Su manejo temprano puede conducir a la autocorrección del problema; si no fuera así deberá procederse a su control por otros medios. (p.316).

Examinando la obra de Nakata y Wei³¹ (1997) es correcto citar que:

Si se utiliza un aparato para controlar los hábitos orales, debe ser solamente cuando el paciente y sus padres estén totalmente conscientes de los efectos colaterales indeseables de los hábitos orales y soliciten su corrección. A menos que esto sea así es mejor simplemente educar y dar instrucciones verbales y escritas al paciente y a sus familiares, para que se corrijan esos hábitos. (p.60).

2.2. Oclusión.

2.2.1. Definición.

Analizando la obra de Ustrell y Durán³² (2002) es apropiado referenciar que:

“Oclusión es la relación que se establece entre la arcada superior y la inferior, tomando como base la interdigitación entre los dientes de las dos arcadas”. (p.15).

Consultando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, en la revista clínica Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral en su versión digital, un artículo de Firmani y colaboradores³³ (2012) se puede resaltar que: “Biológicamente se considera a la oclusión como una herramienta del ser humano para asegurar la masticación, no solo por nutrición sino que para mantener las funciones físicas, mentales y de salud en general”.(Sección de la oclusión dentaria, párr. 2).

³¹Nakata M. y Wei S. (1997). Guía Oclusal en Odontopediatría. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

³²Ustrell, J., y Durán, J. (2002). Ortodoncia.Reino de España. Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona.

³³Firmani, M., Becerra, N., Sotomayor,C., Flores, G., y Salinas, J.C. (2012). Oclusión terapéutica:Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencia.Revista clínica Periodoncia Implatología y Rehabilitación Oral.[En línea]. Consultado:[24,mayo,2015]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v6n2/art09.pdf>

Considerando la obra de Manns y Biotti³⁴ (2006) sobre la definición de la oclusión dentaria se puede citar que:

Por un lado, es posible definir a la oclusión dentaria como aquella relación de contacto funcional entre las piezas dentarias superiores e inferiores y significa, en último término, el acto de cierre de ambos maxilares con sus respectivos arcos dentarios como resultado de la actividad neuromuscular mandibular. Esta relación de contacto funcional entre las piezas dentarias superiores e inferiores no debe ser analizada únicamente en la posición intercuspal o en un área de milímetros alrededor de ella, sino que también en las posiciones excéntricas (excéntrico: movimiento contactante mandibular fuera de la céntrica, o sea, de la posición intercuspal) como resultado de la contracción sinérgica y coordinada de los diferentes músculos mandibulares mencionados en relación al determinante fisiológico de las relaciones máxilo-mandibulares. (pp. 20 y 21).

Examinando la obra de Rodríguez y Casasa³⁵ (2005) en su tema sobre la oclusión es posible saber que:

La oclusión ideal significa una serie de eventos tales como: inclinación axial normal de los dientes, distribución normal de las fibras periodontales y de las estructuras óseas alveolares, de un crecimiento armónico de los maxilares, de una funcionalidad correcta y de un sistema neuro muscular equilibrado.(p.3).

Considerando la obra de Interlandi³⁶ (2002) sobre la oclusión ideal en los pacientes se puede referenciar que: “La oclusión ideal envuelve tanto características anatómicas estáticas como aspectos dinámico-funcionales, siendo sin embargo mas dependiente de estos últimos”.(p. 5).

³⁴Manns A., y Biotti J. (2006). Manual Práctica de Oclusión dentaria. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

³⁵Rodríguez,E., y Casasa,R. (2005). Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana de Venezuela:Editoral Amolca.

³⁶Interlandi, S. (2002).Ortodoncia bases para la iniciación. República Federativa de Brasil: Editorial Artes médicas latinoamericanas.

2.2.2. Tipos de oclusión.

Leyendo la obra de McNeill³⁷ (2005) en lo que respecta a los tipos de oclusión es adecuado señalar que:

Para determinar la importancia clínica de los objetivos primordiales del tratamiento conviene definir la oclusión desde el punto de vista fisiológico. Puede dividirse en tres tipos generales o estados fisiológicos: (1) *oclusión fisiológica*, comúnmente denominada como oclusión “normal” indicando que no requiere tratamiento; (2) *oclusión no fisiológica*, comúnmente conocida como “oclusión traumática o patológica”, que indica la posible necesidad de tratamiento; y (3) *oclusión terapéutica*, comúnmente conocida como “oclusión terapéutica o ideal”. Para clasificar estos tres tipos diferentes de oclusión y tratarlos, se necesita un diagnóstico racional que integre la adecuada recopilación de información de la historia clínica, la exploración clínica y las pruebas complementarias que estén indicadas. (pp. 306 y 307).

Oclusión fisiológica.

Analizando la obra de Manns y Biotti³⁸ (2006) sobre los tipos de oclusión es posible transcribir que: “Se caracteriza por una condición de salud biológica del sistema y una comodidad funcional del mismo, asociada en mayor o menor grado con una maloclusión anatómica (apiñamiento dentario; mordida profunda; mordida abierta etc.)”. (p.43).

Oclusión no fisiológica.

Consultando nuevamente en la obra de McNeill³⁹ (2005) informaciones sobre la clasificación de la oclusión se puede saber que:

La oclusión no fisiológica es aquella en la que los tejidos del sistema masticatorio han perdido su homeostasis o equilibrio ante la demanda funcional y están alterados biológicamente, siendo incapaces de adaptarse a los factores ambientales que

³⁷McNeill Charles. (2005). Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Reino de España: Editori al Quintessence.

³⁸Manns A., y Biotti J. (2006). Manual Práctica de Oclusión dentaria. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

³⁹McNeill Charles. (2005). Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Reino de España: Editorial Quintessence.

actúan sobre el sistema. Además, la demanda funcional puede exceder o no la capacidad de adaptación del sistema.(p.308).

Oclusión terapéutica.

Indagando reiteradamente en la obra de McNeill⁴⁰ (2005) se puede exponer que:

Históricamente se ha definido a la oclusión terapéutica como aquella oclusión tipo cuyas relaciones estructurales son, en teoría, las necesarias para obtener una salud, función, confort y estética ideal en la cual todas las piezas dentarias se encuentren adecuadamente colocadas en las arcadas y los maxilares y se interdigiten de forma ideal, tanto desde el punto de vista anatómico como funcional. (p.308).

2.3. Desarrollo de la oclusión permanente.

Indagando en la obra de Nakata y Wei⁴¹ (1997) se puede citar que: “El primer molar permanente es la llave de la oclusión permanente de los dientes. Juega un papel muy importante en el establecimiento y función de la oclusión de la dentición permanente”.(p.14).

Comparando la obra de Canut⁴² (1998) sobre la oclusión y su desarrollo basado en la erupción del primer molar permanente se puede saber que:

A partir de los 6 años, la dentición temporal va siendo sustituida por la permanente; salen, además, como piezas adicionales los molares permanentes, que ocupan el extremo distal de los arcos dentarios sin reemplazar a ninguna pieza de leche. Por la coincidencia de las denticiones en la boca, se denomina a este período dentición mixta, que alcanza desde los 6 hasta los 12 años. (P.49).

⁴⁰McNeill Charles. (2005).Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión.Reino de España: Editorial Quintessence.

⁴¹Nakata M., y Wei S. (1997). Guía Oclusal en Odontopediatría. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

⁴²Canut, J. (1998).Ortodoncia Clínica Reino de España: Editorial Salvat.

2.4. Mal oclusiones.

Considerando la obra de Rodríguez y colaboradores⁴³ (2005) sobre la maloclusión dentaria, se puede conocer que: “El término maloclusión debe aplicarse a las situaciones que exigen intervención ortodóncica más que cualquier desviación de la oclusión ideal”. (p.10).

Consultando en la obra de Gill y Naini⁴⁴ (2003) es correcto transcribir que:

La mayoría de las mal oclusiones presentan características etiológicas heterogéneas, y es importante apreciar el rango de posibilidades existentes con respecto a la etiología. El diagnóstico de una maloclusión en particular necesita basarse en la observación de las características clínicas y con apoyo de los análisis cefalométricos de las estructuras dentales y faciales.(p.35).

Leyendo nuevamente la obra de Rodríguez y Casasa⁴⁵ (2005) sobre las causas de las maloclusiones dentarias se puede referir que:

Sistema de clasificación de factores etiológicos:

Causas hereditarias:

Número y tamaño de piezas dentarias, embarazo, ambiente fetal, otros.

Causas adquiridas:

Pérdidas prematuras, retención prolongada, hábitos, otros.

Causas indirectas o predisponentes:

Herencia, defectos congénitos, anomalías, infecciones, metabolismo, otros.

Causas directas o determinantes:

Anodoncia, supernumerarios, malposiciones, malformaciones, frenillos, otros.(p.10).

⁴³Rodríguez,E., y Casasa,R. (2005). Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana de Venezuela:Editorial Amolca.

⁴⁴Gill D., y Naini F. (2003). Ortodoncia Principios y práctica.Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual Moderno.

⁴⁵Rodríguez,E., y Casasa,R. (2005). Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana de Venezuela:Editorial Amolca.

2.5. Clasificación de Angle.

Consultando la obra de Proffit y colaboradores⁴⁶ (2013), en su consideración sobre la clasificación realizada por Edward Angle se puede saber que:

El sistema de Angle constituyó un enorme adelanto, no solo porque facilitaba una forma ordenada de clasificar la maloclusión, sino también porque por primera vez se daba una definición sencilla de la oclusión normal y, por consiguiente, una base para poder diferenciarla de la maloclusión. (p.204).

Estudiando la obra de Canut⁴⁷ (1998) se puede referenciar que: “Clase I. Maloclusiones caracterizadas por la posición de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior y su correcta oclusión con el surco vestibular del primer molar inferior”. (p. 101).

Indagando la obra de Rossi⁴⁸ (2002) sobre las maloclusiones clase II de la clasificación de Edward Angle se puede exponer que:

Las maloclusiones Clase II se caracterizan porque, esqueléticamente, el maxilar superior se encuentra en situación anterior al maxilar inferior.

Como ocurre con muchas maloclusiones, existe una génesis multifactorial: la herencia se plasma con la función y cuando esta última es disfunción el cuadro se agrava. (p.105).

Leyendo la obra de Ustrell y Durán⁴⁹ (2002), sobre la clasificación de las maloclusiones según Edward Angle se puede citar que:

Clase II (distoclusión molar): el surco vestibular de los primeros molares inferiores se sitúa por distal de la cúspide mesiovestibular de los primeros superiores. La relación entre los incisivos puede ser:

División 1: incisivos centrales superiores protuidos (resalte excesivo)

⁴⁶Proffit, W., Fields, H., y Sarver, D. (2013). Ortodoncia Contemporánea. Reino de España: Editorial Elsevier.

⁴⁷Canut, J. (1998). Ortodoncia Clínica. Reino de España: Editorial Salvat.

⁴⁸Rossi M., (2002). Ortodoncia Práctica. República Boliviarina: Editorial Amolca.

⁴⁹Ustrell, J., y Durán, J. (2002). Ortodoncia. Reino de España. Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona.

División 2 : incisivos centrales superiores verticalizados e incisivos laterales protuidos (se acompaña de sobremordida aumentada). (p. 15).

Analizando la obra de Solano y Campos⁵⁰ (2002) se puede referenciar que:

Clase II. El surco mesio-vestibular del primer molar inferior se encuentra distal a la cúspide mesio-vestibular del superior. De aquí el nombre de Distoclusión. En este tipo de maloclusión, la mandíbula se encontraría en relación distal con respecto a todo el conjunto maxilo-cráneo-facial.(p.39).

Estudiando la obra de Escriván⁵¹ (2007) ,se puede exponer que:

Las maloclusiones Clase III o mesioclusión, a pesar de tener una fuerte base genética, presentan etiología múltiple es decir una interacción de la genética con el ambiente, (poligénica). Cada una tiene su aspecto distintivo en la relación genética ambiente; pero, la dificultad está en la determinación de la contribución precisa para cuantificar el efecto de cada una. En todo caso, si se observa presente el patrón genético, este influye más, que el ambiental y el pronóstico ortodóncico será menos favorable. (p. 479).

Indagando nuevamente en la obra de Escriván⁵² (2007), es posible citar que:

La maloclusión Clase III, afecta en alto grado a la estética dentofacial y por tanto la autoestima del niño que se siente rechazado, condición que puede arrastrar hasta la edad adulta. Ello hace que los padres soliciten atención tempranamente al odontólogo familiar pero que debe ser remitido al especialista tan pronto como sea detectada.(p.480).

2.6. Mal oclusión por succión digital.

Leyendo la obra de Borrás y Rosell⁵³ (2011), sobre la succión digital y sus efectos en la oclusión se puede citar que: “Este hábito ha sido relacionado tradicionalmente con las

⁵⁰Solano,E., y Campos,A., (2002).Manual Teórico Práctico de Ortodoncia: Ortodoncia I. Reino de España: Editorial Universidad de Sevilla.

⁵¹Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

⁵²Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

maloclusiones de clase II y con las mordidas abiertas. También está relacionado con el paladar alto y los perfiles faciales prognáticos”. (p.35).

2.6.1. Diastemas.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web deltadent, un artículo de Meriñan⁵⁴ (2010) se puede señalar que: “El diastema es el espacio que se observa entre los dientes, frecuentemente entre los incisivos centrales. Por lo general hay una diferencia de proporción de tamaño entre los dientes y la arcada”. (Sección de ¿Qué es el diastema dental?, párr.1).

Analizando la obra de Ustrell y Durán⁵⁵ (2002) se puede referir que: “Espacio libre entre dos dientes vecinos (no por pérdida dentaria). El más conocido es el diastema (habitualmente referido al diastema entre incisivos centrales superiores”. (p.16).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Propdental⁵⁶ (2013) es factible transcribir que: “Pero también se pueden producir diastemas por culpa de algunos hábitos. La succión del pulgar, por ejemplo, tiende a tirar hacia adelante los dientes superiores, creando espacios entre ellos”. (Sección ¿Qué es el diastema dental?, párr. 6).

⁵³Borrás,S., y Rosell,V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados.República Bolivariana de Venezuela: Nau Libres.

⁵⁴Meriñan,A.(2010). ¿Qué es el diastema dental?. Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent/>

⁵⁵Ustrell, J., y Durán, J. (2002). Ortodoncia.Reino de España. Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona.

⁵⁶Propdental. (2013). El diastema dental.Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/el-diastema-dental/>

2.6.2. Apiñamiento dental.

Estudiando la obra de Ustrell y Durán⁵⁷ (2002), es posible citar que: “Solapamiento mesiodistal de los dientes vecinos dentro de una misma arcada. Es la expresión de una discrepancia entre la masa dentaria y la masa ósea de una arcada en la que dientes > hueso equivale a discrepancia negativa”. (p.16).

2.6.3. Tipo de paladar.

Normal.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia invisible adultos, un artículo de Janer⁵⁸ (2009), se puede transcribir que: “El maxilar superior forma el paladar, la cavidad en forma de bóveda que se encuentra en la parte superior de la boca”. (Párr.1).

Profundo.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web consumer.es, un artículo de Vázquez⁵⁹ (2012) se puede conocer que: “Los estudios realizados en este ámbito señalan que al realizar el hábito de manera continuada ocasiona mal posición dentaria, logrando problemas de paladar profundo junto a la vestibularización de las piezas anteriores”. (Sección de Posibles perjuicios de chuparse el dedo, párr. 1).

⁵⁷Ustrell, J., y Durán, J. (2002). Ortodoncia.Reino de España. Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona.

⁵⁸Janer,J. (2009). Paladar estrecho y expansión asistida con cirugía ambulatoria. Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <http://www.ortodonciadultos.com/2009/01/%C2%ABpaladar-estrecho%C2%BB-y-expansion-asistida-con-cirurgia-ambulatoria/>

⁵⁹Vázquez,M.(2012). ¿Chuparse el dedo es perjudicial?. Consultado: [30, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/ninos/2-4-anos/2012/02/20/206797.php>

2.6.4. Forma de los arcos dentarios.

Analizando la obra de Interlandi⁶⁰ (2002), se puede exponer que: “Las formas de los arcos dentarios han sido estudiadas desde Bonwill (1885) habiendo sido clasificadas en elípticas, parabólicas, ovoides, en forma de U, de curva catenaria, entre otras”. (p. 28).

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia invisible adultos, un artículo de Janer⁶¹ (2009) es posible transcribir que:

La estrechez del paladar hace que la **forma** anterior de la arcada dental sea más bien en **V en lugar de en U**, formando una curva muy cerrada, donde es difícil que los dientes se coloquen formando una transición suave entre ellos. Los dientes más anteriores –incisivos centrales- suelen acabar destacando exageradamente sobre sus dientes vecinos, desluciendo la visión global de la boca. (párr. 2).

2.6.5. Tipo de alteraciones de la mordida.

Mordida abierta anterior.

Averiguando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia.ws, en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría en su versión digital, un artículo de Álvarez y colaboradores⁶² (2011) sobre el tipo de alteraciones de la mordida se puede citar que:

La mordida abierta anterior puede ser definida como una maloclusión sin contacto dentario anterior, un overbite negativo, mientras que los dientes posteriores se encuentran en oclusión céntrica. El concepto también varía entre las diferentes escuelas: disminución del grado de sobremordida, apertura clara entre los incisivos,

⁶⁰Interlandi, S. (2002).Ortodoncia bases para la iniciación. República Federativa de Brasil: Editorial Artes médicas latinoamericanas.

⁶¹Janer, J.(2009). «Paladar estrecho» y expansión asistida con cirugía ambulatoria. Consultado: [30, mayo.2015]. Disponible en: <http://www.ortodonciadultos.com/tag/estetica-dental/page/2/>

⁶²Álvarez,T., Gutiérrez,H., Mejías,M., y Sakkal,A. (2011).Reporte de un caso clínico de mordida abierta falsa.Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea].Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>

falta de contacto evidente entre los dientes superiores e inferiores, que se manifiesta bien a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores. (párr. 1).

Buscando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia Invisible Málaga, in artículo de Román⁶³ (2015) se puede referir que:

Denominamos **Mordida Abierta Anterior** a aquella maloclusión en ortodoncia donde los dientes superiores no cubren a los dientes inferiores.
En niños y pacientes en crecimiento está directamente relacionada con los hábitos, como por ejemplo la succión digital (chuparse el dedo).(párr. 1).

Mordida profunda.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia.ws, en la Revista Latinoamerica Ortodoncia y Odontopediatría en su versión digital, un artículo de Alarcón⁶⁴ (2014), se puede saber que:

La mordida profunda, como parte de las displasias verticales, se considera como una entidad compleja de origen multifactorial, así como todas las demás displasias que se pueden desarrollar en este plano facial; donde tanto factores genéticos (crecimiento y desarrollo craneofacial, patrón neuromuscular, características étnicas, herencia), como ambientales (hábitos dismorfonfuncionales, tales como respiración bucal, empuje lingual, entre otros), están involucrados. Dichas alteraciones pueden afectar a las estructuras dentoalveolares, esqueléticas o, incluso, a ambas. Una identificación precisa de las características de estas es fundamental para lograr el diagnóstico apropiado que permita establecer así el plan de tratamiento correcto. (párr. 3).

⁶³Román,M. (s/f). Mordida Abierta. Consultado. [30,mayo,2015]. Disponible en: <http://www.ortodnciamalaga.com/ortodoncia/maloclusiones/mordida-abierta/>

⁶⁴Alarcón,A. (2014).Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda-Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [Enlínea]. Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art2.asp>

Mordida bis a bis.

Leyendo la obra de Espinosa⁶⁵ (1995) se puede referir que: “En una «*oclusión orgánica*», los dientes anteriores, como mínimo los 2 incisivos superiores e inferiores debe ocluir y los dientes posteriores debe desocluir”. (p.21).

2.6.6. Secuelas desfavorables de la mal oclusión.

Indagando en la obra de Rodríguez y Casasa⁶⁶ (2005) sobre las secuelas desfavorables de las Mal oclusiones se puede exponer que:

“Secuelas sociales y psicológicas.

Mala apariencia.

Interferencia con el crecimiento y desarrollos normales.

Mordida cruzada que producen asimetría facial”. (p. 15).

2.7. Tratamiento.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Scielo, en la revista RCOE en su versión digital, un artículo de Romero y colaboradores⁶⁷ (2003) se puede exponer que:

Las posibilidades terapéuticas son:

Tratamiento conductuales para modificar la conducta: reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable impregnadas en los dedos del niño), técnicas de prevención de respuesta (brazaletes que impiden doblar el codo, apósitos en los dedos, cosido de las mangas, uso de guantes.).

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

⁶⁵Espinosa,R. (1995). Diagnóstico Práctico de Ortodoncia:Atlas a color.Estados Unidos Mexicanos: Editorial Panamericana.

⁶⁶Rodríguez,E., y Casasa,R. (2005). Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana de Venezuela:Editoral Amolca.

⁶⁷Romero,R., Romero,P., Pardo,A., y Sáez,M. (2003).Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE.[En línea].Consultado:[30,mayo,2015].Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000100006&script=sci_arttext

Terapia miofuncional: Influye un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado existente en algunos pacientes con hábito de succión digital (incompetencia labial, deglución infantil, alteración del funcionamiento de la musculatura perioral). Presentamos dos casos clínicos, uno en dentición temporal y otro en dentición mixta, con sus respectivos tratamientos. (párr. 6, 7 y 8).

2.8. Unidades de observación y análisis.

Estudiantes de 7 a 12 años de la escuela fiscal mixta “Francisco Pacheco” de la ciudad de Portoviejo.

Variables:

Edad, Sexo, Posicionamiento del dedo succionado y clase molar

2.9. Matriz de operacionalización de las variables.

(Ver en Anexo1).

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Se realizó una investigación de campo por que se desarrolló en el sitio donde se procedió a investigar.

3.2. Tipo de investigación.

El tipo de investigación que se realizó fue descriptiva corte transversal.

3.3. Métodos.

Para realizar este examen se utilizó una ficha de observación, donde se evaluó a los estudiantes que presentaban el hábito de succión digital, mediante el uso de espejos bucales se observó las características clínicas como la profundidad del paladar, el alineamiento de los arcos dentarios, se observó el posicionamiento del dedo que succionan los niños según la clasificación de Quirós y colaboradores, y el tipo de maloclusión más frecuente en niños con succión digital como la mordida abierta anterior, profunda, bis a bis y la clase molar que presentaban según la clasificación de Angle.

3.4. Técnicas.

3.4.1. Observación.

Mediante fichas de observación en las que se pudo examinar al paciente para identificar las características bucales y físicas propias de individuos que tenían hábitos de succión digital y su características.

3.5. Instrumentos.

Para desarrollar esta investigación se utilizó el siguiente instrumento:

Ficha de observación. (Ver Anexo 5).

3.6. Recursos.

3.6.1. Recursos humanos.

Tutor.

Estudiante Investigadora.

3.6.2. Recursos materiales.

Espejo.

Explorador.

Hoja A4.

Guantes.

Mascarilla.

Plumas.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

Computadora.

Cámara Fotográfica.

3.6.4. Recursos económicos.

La presente investigación contó con un presupuesto de 498 dólares.

3.7. Población.

La población estuvo constituida por 564 niños de 7 a 12 años de la escuela fiscal mixta “Francisco Pacheco” de la ciudad de Portoviejo, determinando entre los mismos cuantos presentaron o no el hábito de succión digital.

3.7.1. Muestra.

Se trabajó con el número de 141 niños que fueron los que presentaron el hábito de succión digital.

3.7.2. Criterios de exclusión.

No se trabajó con los niños de los cuales sus padres no quisieron firmar el consentimiento informado. Los que faltaron a clases el respectivo día de la investigación. Los que no presentaron los molares permanentes y los que presentaban tratamientos ortodóncicos.

3.7.3 . Criterio de inclusión.

Se incluyó en esta investigación únicamente a los niños que los padres de familia firmaron el consentimiento informado y que presentaron el hábito de succión digital.

3.8. Recolección de la información.

Se elaboró una ficha de observación en la cual se recolectó toda la información que se obtuvo mediante la exploración clínica.

3.9. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una lista de datos del sistema de hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos estadísticos.

3.10. Ética.

A los niños y a los representantes se les ofrecerá información precisa sobre los objetivos de la misma, para lo cual se confeccionó una plantilla de consentimiento informado. (Ver anexo2).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

4.1. Ficha de observación realizada a los Estudiantes de la escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco.

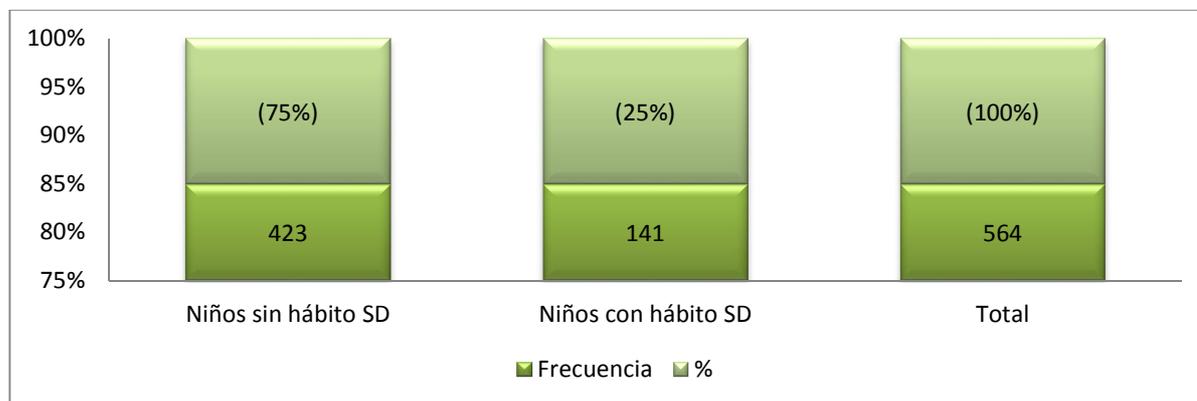
Cuadro N° 1.

Total de niños con hábito de succión digital.

Prevalencia del hábito SD	Frecuencia	%
Niños sin hábito SD	423	75
Niños con hábito SD	141	25
Total	564	100

Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 33.

Gráfico N° 1.



Fuente: Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Datos obtenidos por el cuadro n° 1. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 33.

Análisis e interpretación:

En el cuadro N° 1 , se puede indentificar que del total de 564 niños entre las edades de 7 a 12 años, tan solo el 25 % presentó el hábito de succión digital, mientras que el 75 % restante no presentó el hábito, con una frecuencia de 141 niños succionadores digital.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de Ortodoncia.ws, en la revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, en su versión digital, un artículo de Medina y colaboradores⁶⁸ (2010) sobre las mal oclusiones se puede citar que:

Según la (OMS), ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y puede ser asociadas de forma directa con Hábitos bucales así quedó evidenciado por un estudio realizado por el Dr. Oscar Quirós sobre las CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DE LOS NIÑOS DEL JARDÍN DE INFANCIA BEATRIZ DE ROCHE DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS IVIC en el cual concluyó que más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital. (Cap I, p.p. 3 y 4).

El resultado de este estudio demostró que el 25 % de la población realizó el hábito de succión digital, concordando con lo citado , en la cual se engloban a los hábitos en un

68Medina,C., Laboren,M.,Viloria,C., Quirós,O., Jurisic, A., Alcedo,C., Molero, L., y Tedaldi, J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea]. Consultado: [23,Abril,2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

porcentaje mayor a 60 % , ocupando el tercer lugar con mayor frecuencia el hábito de succión digital.

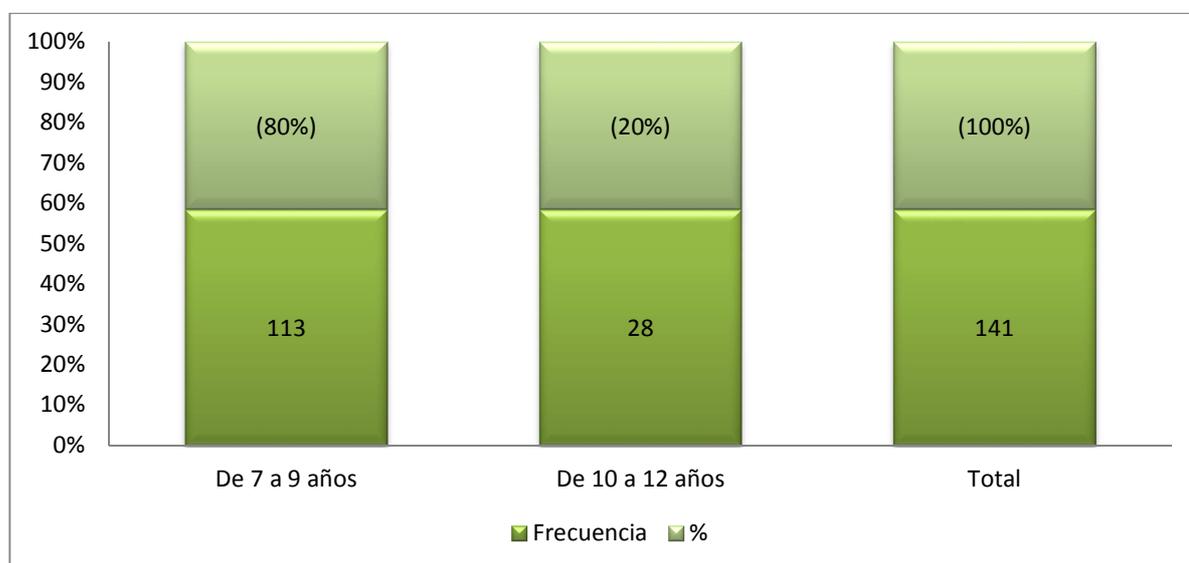
Cuadro N° 2.

Edad.

Edad	Frecuencia	%
De 7 a 9 años	113	80
De 10 a 12 años	28	20
Total	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 36.

Gráfico N° 2.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Datos obtenidos por el cuadro n ° 2. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 36.

Análisis e interpretación:

En la tabla 2, se puede observar que del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, las edades de 7 a 9 años representó el 80%, mientras que las edades de 10 a 12 años el 20 %.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Biblioteca virtual en salud de Cuba, en la revista Clínica estomatológica docente, en su versión digital, un artículo de González⁶⁹ y colaboradores (2015) podemos saber que:

Este trabajo es resultado de un estudio epidemiológico descriptivo transversal, que aporta la prevalencia del hábito de succión digital en escolares comprendidos entre los 6 y 11 años de edad ambos sexos de la primaria Augusto César Sandino del municipio Ciego de Ávila. Se estableció formulario para la recogida de la información y se utilizó la observación directa durante el examen de cada caso, con la finalidad de indentificar la presencia de dicho hábito. Se evidenció en los escolares estudiados que el 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 incedencia fue el comprendido entre los 7 y 8 años. (Cap. I, p.4)

Es por ello que este estudio demostró que el número más significativo se encuentra entre las edades de 7 a 9 años, coincidiendo parcialmente con lo citado en este análisis, ya que engloba la mayor prevalencia entre las edades de 7 a 8 años.

⁶⁹González, S., Vásquez, L., García,R., y Antelo, L. (s/f). Prevalencia de hábitos de succión digital en escolares. Revista Clínica estomatológica del docente. [En línea]. Consultado: [23,Abril,2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a7_v11_supl205.htm

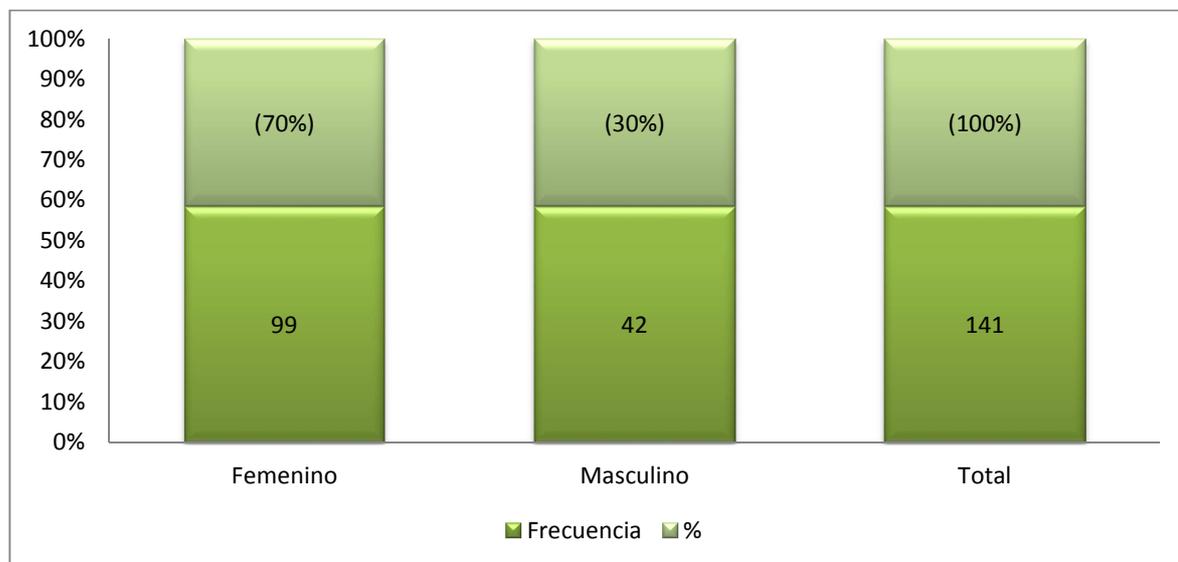
Cuadro N ° 3.

Sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	99	70
Masculino	42	30
Total	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 38.

Gráfico N° 3.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Datos obtenidos por el cuadro n ° 3. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 38.

Análisis e interpretación:

En el cuadro 3, se puede representar que del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, el sexo femenino figuró el 70 %, mientras que el sexo masculino el 30 %.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Biblioteca virtual en salud de Cuba, en la revista Clínica estomatológica docente, en su versión digital, un artículo de González⁷⁰ y colaboradores (2015) se puede saber que:

Este trabajo es resultado de un estudio epidemiológico descriptivo transversal, que aporta la prevalencia del hábito de succión digital en escolares comprendidos entre los 6 y 11 años de edad ambos sexos de la primaria Augusto César Sandino del municipio Ciego de Ávila. Se estableció formulario para la recogida de la información y se utilizó la observación directa durante el examen de cada caso, con la finalidad de indentificar la presencia de dicho hábito. Se evidenció en los escolares estudiados que el 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 incedencia fue el comprendido entre los 7 y 8 años. (Cap. I, p.4).

El estudio realizado demostró que el número más significativo lo representó el sexo femenino con un 70 %, coincidiendo con el estudio citado, en la cual predominó también el sexo femenino.

⁷⁰González, S., Vásquez, L., García,R., y Antelo, L. (s/f). Prevalencia de hábitos de succión digital en escolares. Revista Clínica estomatológica del docente. [En línea]. Consultado: [23,Abril,2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a7_v11_supl205.htm

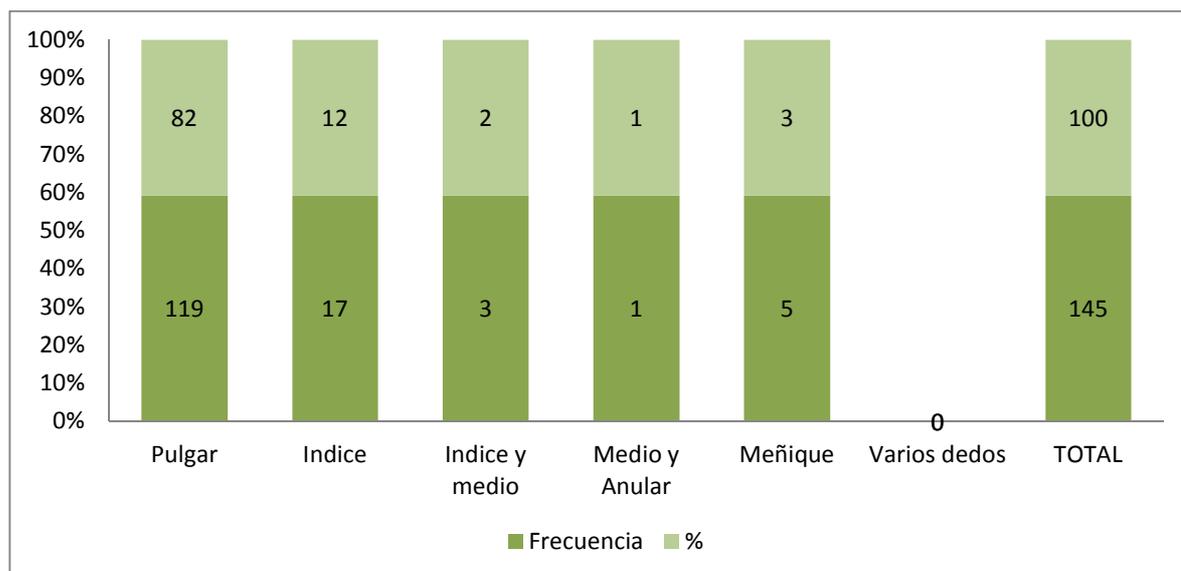
Cuadro N ° 4.

Posicionamiento del dedo succionado.

Posicionamiento del dedo succionado	Frecuencia	%
Pulgar	119	82
Indice	17	12
Indice y medio	3	2
Medio y Anular	1	1
Meñique	5	3
Varios dedos	0	0
TOTAL	145	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 40.

Gráfico N° 4.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Datos obtenidos por el cuadro n ° 4. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 40.

Análisis e interpretación:

En la tabla 4, se puede observar que el dedo pulgar representó el 82%, mientras que el dedo índice el 12%.

Analizando la obra de Boj y colaboradores⁷¹ (2004), podemos saber que:

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar. Los efectos de este dependerán de la posición, intensidad, frecuencia, y duración del hábito de succión, logrando ocasionar una mordida con un franco aumento de resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores. (Cap.II, p.12).

Los resultados de este estudio determinaron que el dedo pulgar obtuvo el número mas significativo, confirmando con lo que se encuentra citado que a pesar de que puedan succionarse más dedos, el más frecuente es la succión del dedo pulgar.

⁷¹Boj, J.R., Catalá,M., García-Ballesta,C., y Mendoza,A. (2004). Odontopediatría. Reino de España:Editorial Masson.

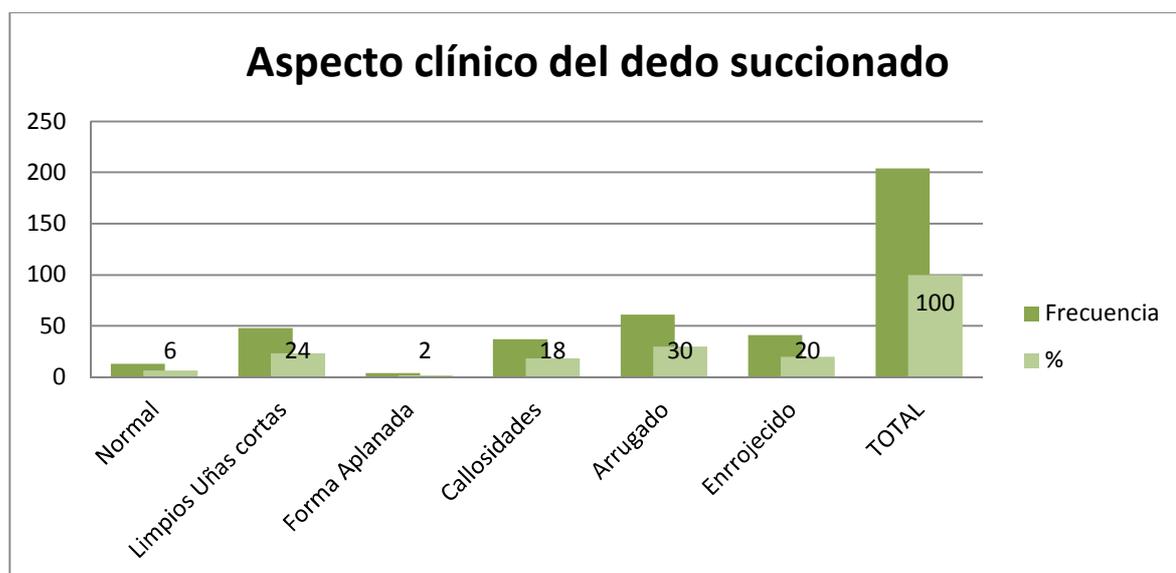
Cuadro N° 5.

Aspecto clínico del dedo succionado.

Aspecto clínico del dedo succionado	Frecuencia	%
Normal	13	6
Limpios Uñas cortas	48	24
Forma Aplanada	4	2
Callosidades	37	18
Arrugado	61	30
Enrojecido	41	20
TOTAL	204	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 42.

Gráfico N° 5.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Datos obtenidos por el cuadro n ° 5. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 42.

Análisis e interpretación:

En la tabla N ° 5, se puede demostrar que del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, el 24 % evidenció que el aspecto clínico del dedo se encontró limpio con uñas cortas, mientras que el 30 % demostró arrugado y el 20 % enrojecido.

Indagando nuevamente en la obra de Boj⁷² y colaboradores (2011) se puede transcribir que:

En la exploración los dedos sometidos a la succión estarán enrojecidos, excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanados. En casos más severos, pueden haber callosidades en la zona del dorso de los dedos en contacto con las piezas dentarias, de esta manera, el estado de los dedos, puede permitir estimar y la intensidad y frecuencia de la práctica de la succión. (Cap II, p. 14).

Es por ello que el estudio demostró que la mayoría de niños con el hábito de succión digital presentó el dedo con un aspecto clínico arrugado, y limpio con uñas cortas, concordando parcialmente con el estudio citado, en la que demuestra que los dedos de los succionadores se encuentran enrojecidos y limpios con uñas cortas y aplanados.

⁷²Boj, J., Catalá, M., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Editorial Ripano.

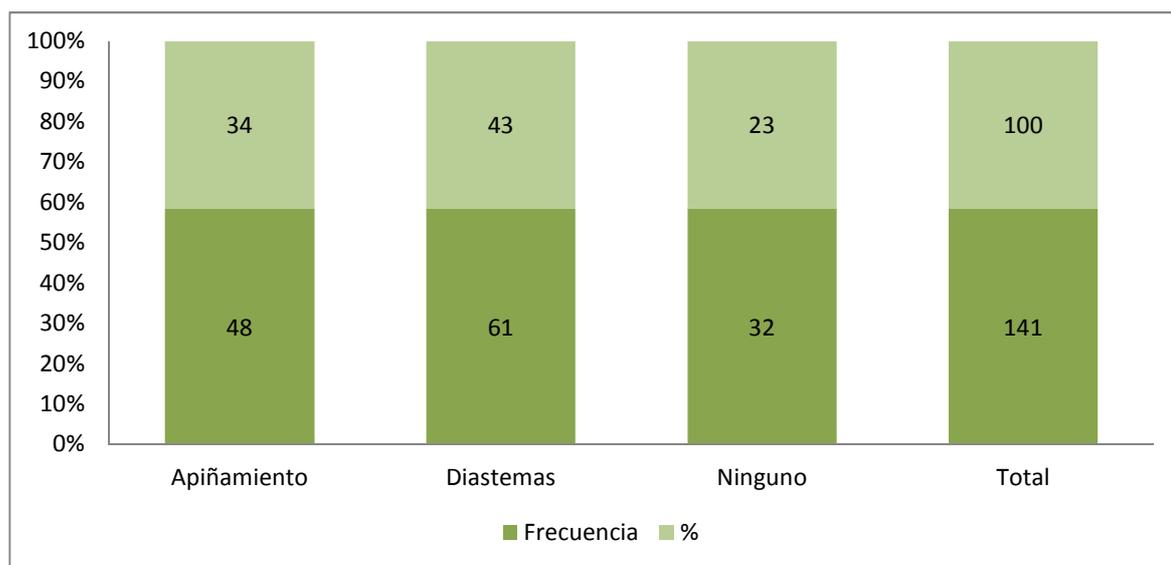
Cuadro N° 6.

Alineación de los dientes.

Alineación de los dientes	Frecuencia	%
Apiñamiento	48	34
Diastemas	61	43
Ninguno	32	23
Total	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 44.

Gráfico N° 6.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Datos obtenidos por el cuadro n ° 6.Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 44.

Análisis e interpretación:

Del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, el 43 % presentó diastemas, mientras que el 34 % demostró apiñamiento dental.

Investigando reiteradamente informaciones disponibles en el sitio web Propdental⁷³ (2013) se puede transcribir que: “Pero también se pueden producir diastemas por culpa de algunos hábitos. La succión del pulgar, por ejemplo, tiende a tirar hacia adelante los dientes superiores, creando espacios entre ellos”. (Cap II, p.23).

Los resultados del estudio demostraron que los niños con succión digital presentaron diastemas en un 43 %, siendo así asociado al hábito de succión digital como el texto anteriormente citado.

⁷³Propdental. (2013). El diastema dental. Consultado: [30, Mayo, 2015]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/el-diastema-dental/>

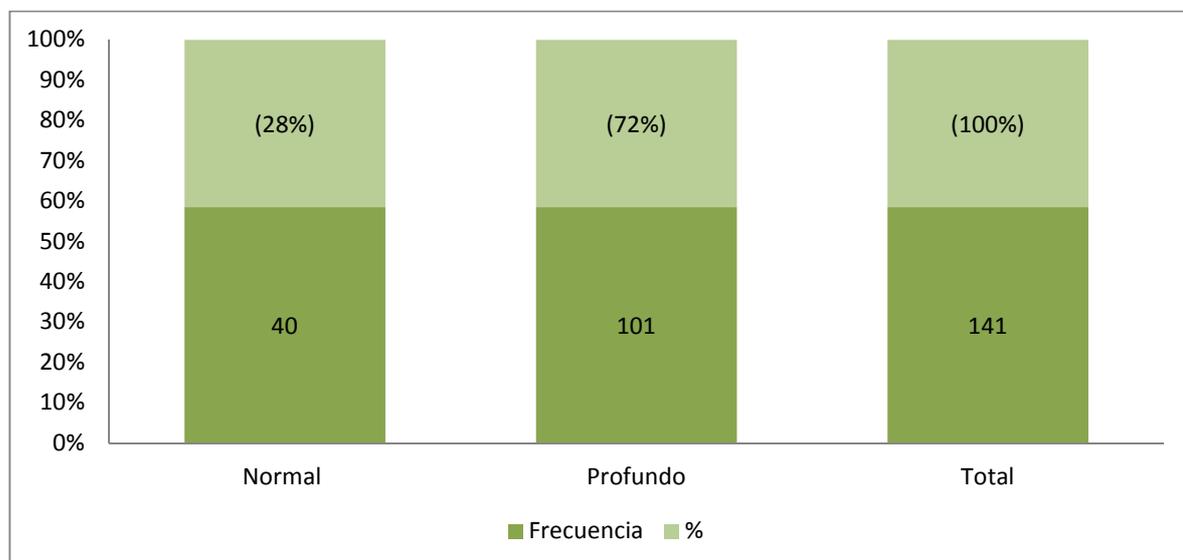
Cuadro N° 7.

Tipos de paladar.

Tipos de paladar	Frecuencia	%
Normal	40	28
Profundo	101	72
Total	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 46.

Gráfico N ° 7.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Datos obtenidos por el cuadro n° 7.Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 46.

Análisis e interpretación:

De los 141 niños con succión en el siguiente cuadro se pudo determinar que el 72 % de a muestra presentó paladar profundo, mientras que el 28 % paladar normal.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web consumer.es, un artículo de Vázquez⁷⁴ (2012) se puede conocer que: “Los estudios realizados en este ámbito señalan que al realizar el hábito de manera continuada ocasiona mal posición dentaria, logrando problemas de paladar profundo junto a la vestibularización de las piezas anteriores”. (Cap II, p. 24).

Al finalizar el estudio investigativo, se puede coincidir con lo que la cita transcribe, ya que en los niños succionadores digital, el tipo de paladar que predomina es el paladar ojival o profundo.

⁷⁴Vázquez,M.(2012). ¿Chuparse el dedo es perjudicial?. Consultado: [30, Mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/ninos/2-4-anos/2012/02/20/206797.php>

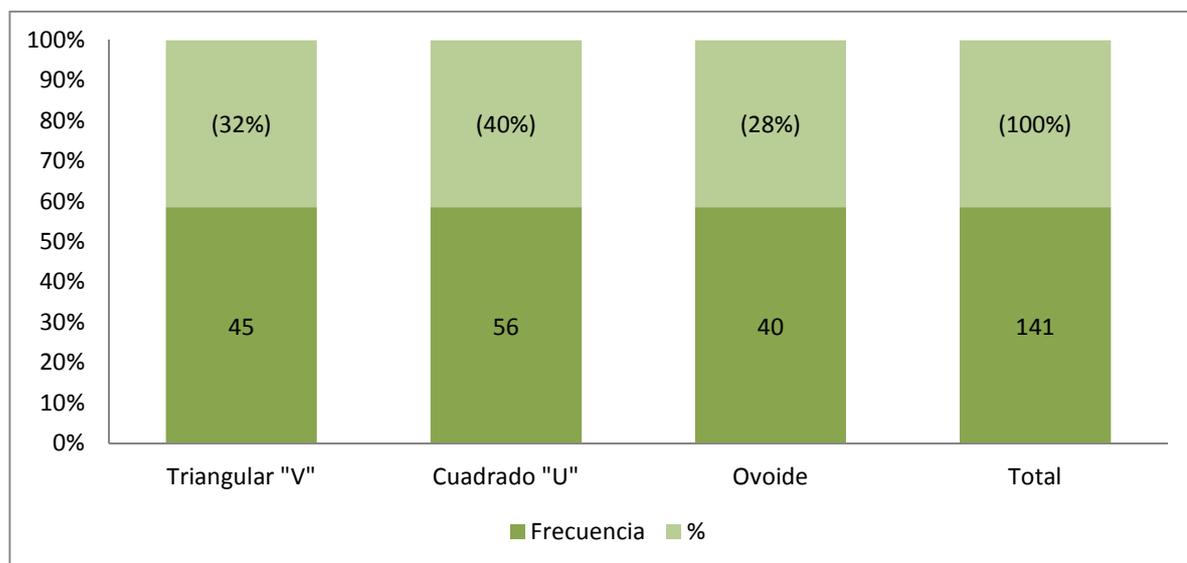
Cuadro N° 8.

Forma del arco.

Forma del arco	Frecuencia	%
Triangular "V"	45	32
Cuadrado "U"	56	40
Ovoide	40	28
Total	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 48.

Gráfico N° 8.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Datos obtenidos por el cuadro n ° 8.Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 48.

Análisis e interpretación:

En la tabla N° 8, se indica que del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, el 40 % presentó la forma del arco dentaria Cuadrada “U”, mientras que el 32 % presentó en forma triangular “V” y el 28 % en forma Ovoide.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web Ortodoncia invisible adultos, un artículo de Janer⁷⁵ (2009) puedo transcribir que:

La estrechez del paladar hace que la **forma** anterior de la arcada dental sea más bien en **V en lugar de en U**, formando una curva muy cerrada, donde es difícil que los dientes se coloquen formando una transición suave entre ellos. Los dientes más anteriores –incisivos centrales- suelen acabar destacando exageradamente sobre sus dientes vecinos, desluciendo la visión global de la boca. (Cap II, p. 25).

En este estudio se determinó que a pesar de tener significativo el número de niños con paladar profundo, la forma del arco dentaria predominante fue Cuadrada “U”, mientras que en el estudio citado se demostró que el tipo de paladar predominante en niños que realizan la succión digital con paladar profundo es el arco en forma de V o triangular.

⁷⁵Janer, J.(2009). «Paladar estrecho» y expansión asistida con cirugía ambulatoria. Consultado: [30, Mayo.2015]. Disponible en: <http://www.ortodonciadultos.com/tag/estetica-dental/page/2/>

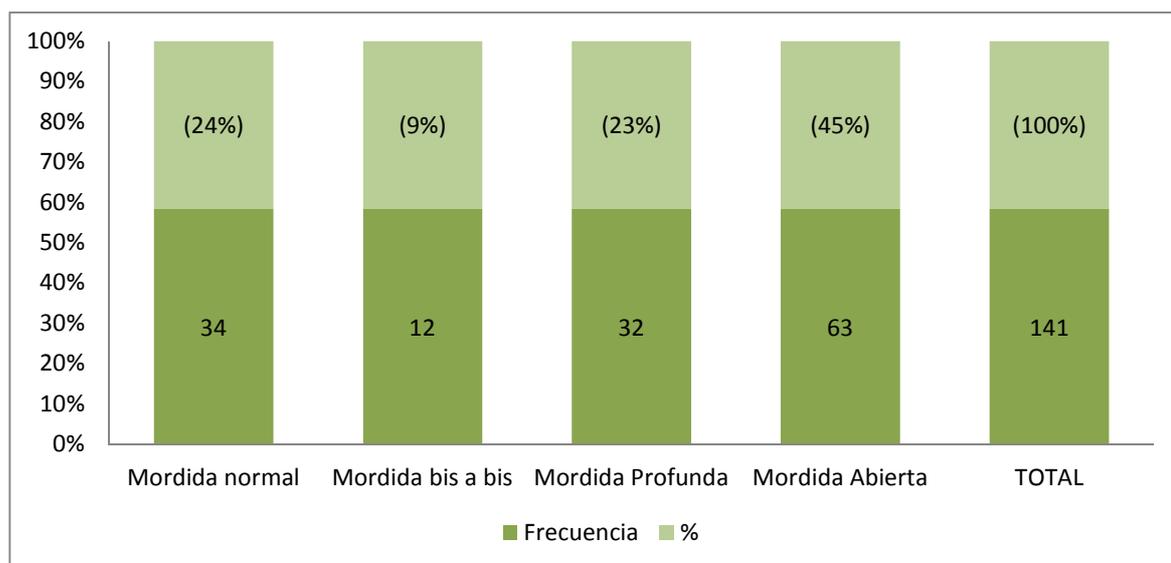
Cuadro N° 9.

Alteraciones de la mordida.

Alteración de la mordida	Frecuencia	%
Mordida normal	34	24
Mordida bis a bis	12	9
Mordida Profunda	32	23
Mordida Abierta	63	45
TOTAL	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 50.

Gráfico N ° 9.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Datos obtenidos por el cuadro n° 9.Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 50.

Análisis e interpretación:

Los resultados de la investigación representados en el cuadro N° 9, se indica que del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, el 45 % presentó mordida abierta , mientras que el 24 % presentó mordida normal.

Observando las informaciones disponibles en el sitio web Ortoface.com, un artículo de Da Silva⁷⁶, (2004) se puede conocer que:

De todas las maloclusiones encontradas en la dentadura temporal, en escuelas de Buru, la más frecuente fue la mordida abierta anterior aislada (27,95%) o asociada a mordida cruzada posterior (7%). De esta forma, la frecuencia total de mordida abierta anterior en la dentadura temporal alcanza cifras próximas al 35 %, más exactamente 34.95%. La frecuencia de esta maloclusión refleja la marcada influencia de los agentes etiológicos: los hábitos bucales de succión. (Cap I, p.5).

En el presente estudio se pudo demostrar que la población con succión digital, presenta un número significativo de Mordida abierta anterior, coincidiendo con lo que se conoce en la cita que la alteración de la mordida más frecuente es la mordida abierta anterior.

⁷⁶Da Silva,O., Do Rego,M., Silva, P., Cavassan, A., y Fernández, J., (2004). Hábitos de succión y maloclusión:epidemiología en la dentadura temporal. Consultado:[24,Abril,2015]. Disponible en: <http://www.ortoface.com/pdfs/Habitos%20de%20succion%20y%20maloclusion.%20epidemiologia%20en%20la%20dentadura%20temporal.pdf>

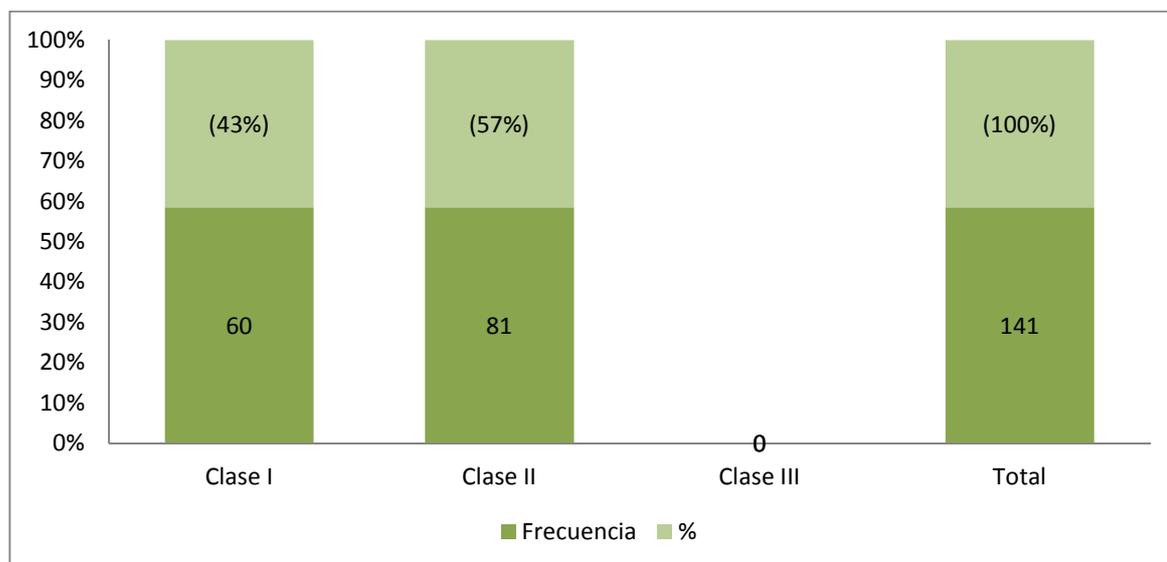
Cuadro N ° 10.

Clase molar.

Clase molar	Frecuencia	%
Clase I	60	43
Clase II	81	57
Clase III	0	0
Total	141	100

Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p.52.

Gráfico N° 10.



Fuente:Ficha de observación realizada a los estudiantes de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco. Datos obtenidos del cuadro n ° 10.Realizado por la autora de esta tesis. Cap. 4, p. 52.

Análisis e interpretación:

En el cuadro N ° 10, se demuestra que del total de la muestra de 141 niños con el hábito de succión digital, el 57 % presentó clase molar II de la clasificación de Angle, mientras que el 43 % demostró clase molar I, y un 0 % para la clase molar III.

Leyendo la obra de Borrás y Rosell⁷⁷ (2011), sobre la succión digital y sus efectos en la oclusión se puede citar que: “Este hábito ha sido relacionado tradicionalmente con las maloclusiones de clase II y con las mordidas abiertas. También está relacionado con el paladar alto y los perfiles faciales prognáticos”. . (Cap. II, p.p. 22 y 23).

En este estudio quedó demostrado que el número significativo lo representó la clase molar II, seguido de la clase molar I, concordando con lo anteriormente citado en la cual se asocia a las mal oclusiones de clase II con las mordidas abiertas, en niños succionadores digital.

⁷⁷Borrás,S., y Rosell,V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados.República Bolivariana de Venezuela: Nau Libres.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Después de realizar el estudio se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Se concluyó que el sexo femenino fue el más predominante en el hábito de succión digital. Siendo así mismo el grupo de edad más significativo el de 7 a 9 años.

Se pudo obtener de esta investigación que las maloclusiones mas frecuentes fueron la clase molar II, caracterizada por ser una distoclusión tomando en cuenta la presencia del primer molar pemanente inferior según la clasificación de Angle, y la presencia de mordida abierta anterior.

Se valoró el posicionamiento del dedo succionado lo cual fue un factor determinante de la presencia de maloclusiones en niños succionadores, siendo el más notorio la succión del dedo pulgar. Se observó que los niños con succión digital presentan características similares, como paladar profundo, arcada dentaria en forma de u , diastemas y apiñamientos.

5.2. Recomendaciones.

Este estudio permitió llegar a las siguientes recomendaciones:

Aconsejar a los padres de familia que tengan el control y la supervisión necesaria sobre los niños para evitar que el hábito cause problemas más severos a nivel de la oclusión, como de los dedos de los niños.

Promover programas de prevención , tratamiento y rehabilitación en todos los padres y niños de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.Cuidar la integridad de la salud bucal en niños eliminando el hábito desde temprana edad mediante talleres de salud bucal.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Educación sobre el hábito de succión digital a los padres y niños de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo.

6.1.1 Período de ejecución.

Período de Inicio: 16 de Junio del 2015.

Período de Culminación: 19 de Junio del 2015.

6.1.2. Clasificación de la propuesta.

Tipo social de orden educativo.

6.1.3. Localización geográfica.

Ubicado en calle Sucre y Francisco Pacheco, de la parroquia 18 de Octubre del cantón.

6.2. Justificación.

El estudio realizado a los niños del segundo al séptimo año de educación básica, a través del instrumento de la ficha de observación clínica me permitieron determinar la población que realiza el hábito de succión. De acuerdo a esto, se pudo observar que existe una falta de supervisión y control de los niños que realizan el hábito de succión.

Estos resultados fueron los que determinaron la ejecución de la propuesta, ya que la continuidad de este hábito logrará que se presenten severos problemas de mal oclusión de las cual está muy asociado a la clase II, dando como resultado una mordida abierta anterior.

6.3. Marco Institucional.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web La Hora⁷⁸ (2012) podemos citar que:

La Francisco Pacheco tiene una identificación muy especial ya que lleva el nombre del fundador de la Villa Nueva de San Gregorio de Portoviejo.

Y fue en 1938, siendo director provincial de Educación, Publio Falconí Pazmiño, que se vio la necesidad de dotar a la ciudad de una nueva escuela. Una vez cristalizado el proyecto se nombra a Leonardo Albán director del plantel.

Los cambios son rápidos y a mediados de ese año asume la dirección Dalinda Castro de Salmos, y seguidamente, ante la no pertenencia de ningún predio, se solicita al Concejo Cantonal la entrega de un local provisional. Para el efecto se dispone la utilización de las aulas de la escuela nocturna Amalia Cevallos.

De ahí en adelante comienza el trajinar del plantel. Funciona en los altos del Cuerpo de Bomberos y posteriormente en la parte baja de la Gobernación. Ante la incomodidad de dispone por parte de la Dirección de Educación el traslado a los predios de la escuela 24 de Mayo.

Finalmente, el 18 de octubre de 1971 es inaugurado el edificio donde actualmente funciona. Se hizo una sesión solemne con la presencia del Ministro de Educación, cuyo nombre no consta en la reseña histórica entregada a la Hora.(Sección de una escuela campeona, párr. 1,2,3,4 y 5).

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo General.

Educar a los niños y a los padres de familia sobre la succión digital y sus efectos.

⁷⁸La Hora. (2012).Una Escuela Campeona.[En línea]. Consultado: [01,Junio,2015]. Disponible: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101327864/-1/UNA_ESCUELA_CAMPEONA.html#.VW0FVc9_Oko

6.4.2. Objetivos específicos.

Promover buenas medidas de prevención y tratamiento de la succión digital para fomentar conocimientos.

Motivar a los padres de familia para que acudan a temprana edad al odontólogo para evitar así problemas de mal oclusión.

6.5. Descripción de la propuesta.

La presente propuesta de tipo social y educativa, dirigida a todos los padres de familia y niños del segundo al séptimo año de educación básica. Tiene como finalidad prevenir la presencia de maloclusiones y deformaciones a nivel de los dedos provocadas por el hábito de succión digital, y así mismo de motivar a los padres a que tomen las medidas correctivas para mejorar la salud bucal.

6.6. Responsables.

Autora de esta tesis, Marianny Carolina García Moreira.

6.7. Beneficiarios.

Los beneficiarios directos de la propuesta fueron los niños que presentaron el hábito de succión digital, y los beneficiarios indirectos los padres de familia.

6.8. Diseño metodológico.

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades.

Primera fase:

Reunión con el director de la escuela.

Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución de la propuesta.

Elaboración del material educativo para los niños y padres de familia de la escuela.

Segunda fase:

Ejecución de los talleres educativas.

6.9. Sostenibilidad.

Esta propuesta es sostenible ya que se cuenta con el apoyo necesario del director de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco y de sus respectivos docentes. Y así mismo con la predisposición de los padres de familia.

6.10. Cronograma.

CRONOGRAMA	Junio			
	1	2	3	4
Reunión con el director de la escuela fiscal mixta Francisco Pacheco.	■			
Elaboración y entrega del material didáctico		■		
Ejecución de la propuesta			■	

Nota: Cronograma de la propuesta de la Tesis. Realizada por la autora de esta tesis.
Fuente: Cronograma realizada por la autora de la tesis. (p.64).

6.11. Presupuesto.

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FINANCIAMIENTO
Gigantografía	1	UNIDAD	15,00.	15	Autogestión
Trípticos	150	UNIDAD	0,06	9	Autogestión
SUBTOTAL				24	
Imprevistos 10 %				2.4	
TOTAL	151			50.4	

Nota: Presupuesto de la propuesta de la Tesis. Realizada por la autora de esta tesis.
Fuente: Presupuesto realizado por la autora de la tesis. (p.64).

ANEXOS

Anexo 1.

1. Matriz de Operacionalización de las variables.

Variables	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa	7-9	-Según años cumplidos	Porcentaje
	Nominal	10-12		Frecuencia
	Dicotómica			
Sexo	Cualitativa	Hombre	Según su género	Porcentaje
		Mujer		Frecuencia
Posicionamiento de la succión	Cualitativa	Dedo pulgar	-Examen clínico	Porcentaje
		Dedo índice		Frecuencia
		Dedo Medio		
		Dedo anular		
Clase Molar	Cualitativa	Dedo meñique	-Examen Clínico. (Según la oclusion de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior)	Porcentaje
		Clase I		Frecuencia
		Clase II		
		Clase III		

Nota: Matriz de la variable de la Tesis. Realizada por la autora de esta tesis. Fuente:Matriz de la variable realizada por la autora de la tesis. (Anexo 1, p.61).

Anexo 2.

Presupuesto.

MATERIAL	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Guantes Descartables	2 cajas	\$15	\$30
Mascarilla	1 caja	\$8	\$8
Gorros Desechables	80	\$0.15	\$12
Bandeja Metálica	2	\$10	\$20
Espejo Bucal	30	\$1,80	\$54
Gel Desinfectante De Manos	2	\$3,50	\$7
Servilletas	2 paquetes	\$1	\$2
Fotocopias		\$0,02	\$70
Rema De Papel	4 paquetes	\$5	\$20
Pluma, Lápiz	7	\$0,30	\$2,10
Pen Drive	1	\$15	\$15
Transporte		\$50	\$50
Cartucho De Tinta	2	\$30	\$60
Otros (10%)		\$150	\$150
Total		\$284	\$498

Nota: Presupuesto de la Tesis. Realizada por la autora de esta tesis. Fuente: Presupuesto realizado por la autora de la tesis. (Anexo 2, p.62).

Anexo 3.

Cronograma.

DECIMO OCTAVA PROMOCION																																																			
ACTIVIDADES	2014												2015																																						
	sep			nov				dic					enero				feb				marzo				abril				mayo				jun				jul				agosto										
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4									
ELABORACION DE PROYECTO	■	■	■	■	■	■	■																																												
PRESENTACION DE PROYECTOS								■	■																																										
APROBACION DE PROYECTOS												■	■	■	■	■	■	■	■																																
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																				■	■	■	■	■	■	■	■																								
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																								■	■	■	■																								
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																												■																							
ANALISIS E INTERPRETACION																																■																			
ELABORACION DE CONCLUSIONES																																				■															
ELABORACION DE PROPUESTA																																								■											
REDACCION DEL BORRADOR																																												■							
REVISION DEL BORRADOR																																												■							
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																																■			

Nota: Cronograma de la Tesis. Realizada por la autora de esta tesis. Fuente: Cronograma realizado por la autora de la tesis. (Anexo 3, p.63).

Anexo 4.

Fotos.

Gráfico N °11.

Caracterización de la succión digital.



Nota: Gráfico n° 11. Caracterización de la succión digital. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.64.

Gráfico n° 12.



Nota: Gráfico n° 12. Caracterización de la succión digital. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.64.

Gráfico N° 13.



Nota: Gráfico n° 13. Caracterización de la succión digital. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.65.

Gráfico N ° 14.



Nota: Gráfico n° 14. Caracterización de la succión digital. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.65.

Gráfico N ° 15.

Propuesta.



Nota: Gráfico n° 15. Propuesta. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.66.

Gráfico N° 16.



Nota: Gráfico n° 16. Propuesta. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.66.

Gráfico N° 17.



Nota: Gráfico n° 17. Propuesta. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.67.

Gráfico N ° 18.



Nota: Gráfico n° 16. Propuesta. Realizada por ayudante de tesis. Anexo 4, p.67.

Anexo 5.



Carrera de Odontología

FICHA DE OBSERVACION

Edad:

Sexo:

- | | | |
|---|-----|--------------------------------------|
| 1. Posicionamiento del dedo succiónado | | 4. Tipos de paladar |
| a) Pulgar | () | a) Normal () |
| b) Índice | () | b) Profundo () |
| c) Índice y medio | () | 5. Forma del arco dentario |
| d) Medio y anular | () | a) Triangular "V" () |
| e) Meñique | () | b) Cuadrado "U" () |
| f) Varios dedos | () | c) Ovoide () |
| 2. Aspecto clínico del dedo succionado | | 6. Alteraciones de la mordida |
| a) Normal | () | a) Mordida normal () |
| b) Limpios con uñas corta | () | b) Mordida bis a bis () |
| c) Forma aplanada | () | c) Mordida profunda () |
| d) Callosidades | () | d) Mordida abierta () |
| e) Arrugado | () | |
| f) Enrojecido | () | |
| 3. Alineación de los dientes | | 7. Relación Molar |
| a) Apiñamiento | () | a) Clase I () |
| b) Diastemas | () | b) Clase II () |
| c) Ninguno | () | c) Clase III () |

Autora: García Moreira Marianny Carolina.

Anexo 6.



Plantilla de consentimiento informado

Yo, el abajo firmante,

Acepo que mi hijo (a) y/o representado (a) forme parte de la evaluación clínica y de conocimiento para el estudio titulado: “Caracterización de la succión digital en niños de 7 a 12 años de la Escuela Fiscal Mixta Francisco Pacheco de la ciudad de Portoviejo durante el período marzo-julio 2015”, realizada por la egresada Marianny Carolina García Moreira.

Accedo a cooperar con la investigadora y estoy de acuerdo con que los datos personales y médicos de mi hijo, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computarizados de la autora de la investigación.

La identidad de mi representado (a) no será revelada en ningún momento y la información relacionada con él será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por los investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Firma del Representante.

BIBLIOGRAFÍA.

Alarcón,A. (2014).Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda:Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [Enlínea]. Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art2.asp>

Álvarez,T., Gutiérrez,H., Mejías,M., y Sakkal,A. (2011).Reporte de un caso clínico de mordida abierta falsa.Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea].Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>

Barbería, E., Boj,J., Catalá, M., García, C., y Mendoza,A. (2002). Odontopediatría.Reino de España:Editorial Masson.

Boj, J., Catalá, M., Mendoza, A., y Planells,P.(2011). Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven. Reino de España: Editorial Ripano.

Boj, J.R., Catalá,M., García-Ballesta,C., y Mendoza,A. (2004). Odontopediatría. Reino de España:Editorial Masson.

Borrás,S., y Rosell,V. (2011). Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados.República Bolivariana de Venezuela: Nau Libres.

Campuzano,M.A., Ibarra, M., Mateos, C., y Mendoza, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretermino. Revista Perinatología y reproducción humana. [En

[línea]. Consultado: [23, mayo, 2015]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300006

Canut, J. (1998). Ortodoncia Clínica. Reino de España: Editorial Salvat

Da Silva, O., Do Rego, M., Silva, P., Cavassan, A., y Fernández, J., (2004). Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal. Consultado: [24, abril, 2015].

Disponible en:

<http://www.ortoface.com/pdfs/Habitos%20de%20succion%20y%20maloclusion.%20epidemiologia%20en%20la%20dentadura%20temporal.pdf>

Escriván De Saturno, L. (2007). Ortodoncia en dentición mixta. República de Colombia: Editorial Amolca.

Espinosa, R. (1995). Diagnóstico Práctico de Ortodoncia: Atlas a color. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Panamericana.

Firmani, M., Becerra, N., Sotomayor, C., Flores, G., y Salinas, J.C. (2012). Oclusión terapéutica: Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencia. Revista clínica Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v6n2/art09.pdf>

Gill D., y Naini F. (2003). Ortodoncia Principios y práctica. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual Moderno.

González, S., Vásquez, L., García, R., y Antelo, L. (s/f). Prevalencia de hábitos de succión digital en escolares. Revista Clínica estomatológica del docente. [En línea]. Consultado:

[23,abril,2015]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a7_v11_supl205.htm

González,R., Ochoa,D., Silva,F., y Cruz,Isabel. (2012). Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Revista Habanera de las ciencias médicas.

[En línea]. Consultado: [23,abril,2015]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000400006&script=sci_arttext

Guedes,C., Delgado,C., y Carillo,A. (2011).Fundamentos de Odontología:Odontopediatría. República Federativa de Brasil:Editorial:Santos.

Interlandi, S. (2002).Ortodoncia bases para la iniciación. República Federativa de Brasil: Editorial Artes médicas latinoamericanas.

Janer,J. (2009). Paladar estrecho y expansión asistida con cirugía ambulatoria. Consultado:

[30, mayo,2015]. Disponible en:

<http://www.ortodonciadultos.com/2009/01/%C2%ABpaladar-estrecho%C2%BB-y-expansion-asistida-con-cirugia-ambulatoria/>

La Hora. (2012).Una Escuela Campeona.[En línea]. Consultado: [01,junio,2015].

Disponible:

http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101327864/1/UNA_ESCUELA_CAMP_EONA.html#.VW0FVc9_Oko

Manns A., y Biotti J. (2006). Manual Práctica de Oclusión dentaria.República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Martínez, Cl. (2012). Succión digital; ¿Qué riesgos tiene y cómo la detengo?. Consultado:[24,mayo,2015]. Disponibles en:

<http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-como-la-detengo/>

McNeill Charles. (2005). Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Reino de España: Editorial Quintessence.

Medina,C., Laboren,M.,Viloria,C., Quirós,O., Jurisic, A., Alcedo,C., Molero, L., y Tedaldi, J. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea].

Consultado: [23,abril,2015]. Disponible en:

<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

Meriñan,A.(2010). ¿Qué es el diastema dental?. Consultado: [30,mayo,2015]. Disponible en:

<http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent/>

Nahás,M. (2009). Odontopediatría en la primera infancia. República Federativa de Brasil: Editorial: Santos.

Nakata M. y Wei S. (1997). Guía Oclusal en Odontopediatría. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Navas, C. (2012). Hábitos Orales.Revista Carta de la Salud. [En línea].

Consultado:[23,mayo,2015]. Disponible en: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf

Proffit, W., Fields, H., y Sarver, D. (2013). Ortodoncia Contemporánea. Reino de España: Editorial Elsevier.

Quirós, O., Martínez, O., Torres, M., Pichenbauer, E., Hernández, E., Rodríguez, A., Constatí, G., Palma, A., Marcano, H., Chevallier, B., Pérez, M., Rojas, A., y Guerrero, C. (2003). Ortodoncia Nueva Generación. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Restrepo, C.C. (2009). Tratamiento de succión digital en niños. Revista CES Odontología. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/comandato/Downloads/DialnetTratamientoDeSuccionDigitalEnNinosRevisio nSistmati-4951554.pdf>

Rodríguez, E., y Casasa, R. (2005). Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Román, M. (s.f.). Mordida Abierta. Consultado. [30, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.ortodonciamalaga.com/ortodoncia/maloclusiones/mordida-abierta/>

Romero, R., Romero, P., Pardo, A., y Sáez, M. (2003). Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE. [En línea]. Consultado: [30, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2004000100006&script=sci_arttext

Rossi M., (2002). Ortodoncia Práctica. República Bolivariana: Editorial Amolca.

Saludalia. (s.f.). Hábitos perjudiciales para los dientes. Consultado: [23, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.saludalia.com/salud-de-la-boca/habitos-perjudiciales-dientes>

Selakovic, V. (2012). Succión Digital.Consultado: [23,mayo,2015]. Disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/84405561/Succion-Digital>

Solano,E., y Campos,A., (2002).Manual Teórico Práctico de Ortodoncia: Ortodoncia I. Reino de España: Editorial Universidad de Sevilla.

Ustrell, J., y Durán, J. (2002). Ortodoncia.Reino de España. Editorial: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Vásquez,M.(2012). ¿Chuparse el dedo es perjudicial?. Consultado: [30, mayo, 2015].

Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/ninos/2-4-anos/2012/02/20/206797.php>