

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología



Trabajo de grado para la obtención de Título:

Doctor en Odontología

**Prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años de edad
que visitan consultas privadas de pediatras en el Distrito Nacional,
periodo enero-abril 2017.**

Sustentantes

Cristal Rosario 11-0712

Enovi Hidalgo 10-0789

Asesor temático

Dr. Héctor Luis Rodríguez

Asesora metodológica

Dra. Sonya A. Streese

Los conceptos emitidos en
este trabajo son
responsabilidad
exclusivamente de los
autores.

Santo Domingo, República Dominicana 2017

Agradecimientos

A Dios: Gracias padre por ser mi motor y proveedor de todo, mi compañía por excelencia en todos los momentos de mi vida, por darme la sabiduría y la paciencia para poder completar este ciclo tan importante en mi vida.

A mis padres: Gracias por su apoyo incondicional en cada momento de este proceso, sin su ayuda y motivación no hubiera sido posible completar este logro, infinitas gracias, los amo.

A mi novio: Ricardo Montas gracias por ser mi soporte, por animarme a llegar hasta el final, por tu compañía cuando más necesité, te amo.

A mis profesores: Gracias al Dr. Enrique Aquino, al Dr. Pichardo, a la Dra. Doris López, al Dr. Carlos Díaz, a todos los docentes por sus enseñanzas y motivación para continuar.

A mis asesores: El Dr. Héctor L. Rodríguez, gracias por su ayuda y apoyo en el trascurso de este proceso, por los conocimientos que nos brindó en esta investigación. Dra. Sonya Stresse, gracias por su ayuda desinteresada y por motivarme siempre a llegar hasta el final la llevare siempre en mi corazón.

A mis compañeros: Enovi Hidalgo, Nehemías Mateo, Fanny Roa, Pamelina Liriano, Abigail Guzmán, Karla Pérez, Catherine Núñez, Nerys Hilario, gracias por su ayuda y por los momentos juntos y por cada granito de arena que aportaron para que este sueño sea realidad.

Dedicatoria

A Dios: Mi motor y sustentador, que me ha guiado por todo este trayecto.

A mi familia: Por todo el sacrificio hecho por mí y su motivación a continuar.

A mi novio: Mi compañero fiel Ricardo Montas, a quien Dios puso en mi camino y estuvo a mi lado desde principio a fin.

Franklin Rodríguez: Mi estimado amigo, por siempre brindarme su mano ayudadora y por aportar su granito de arena para que este sueño sea realidad.

Cristal Rosario

Agradecimientos

A Dios: por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi valor y voluntad para llevar a término este proyecto.

A mis padres: Leonel Hidalgo Taveras por su ejemplo de perseverancia y constante trabajo que lo caracterizan y me ha infundido siempre. A mi madre Inocencia Figueroa Encarnacion mami sin lugar a dudas, eres el ser más importante para mí, agradezco a Dios por bendecirme con una madre como tú que me ha brindado su apoyo incondicional, eres quien me sustenta y me impulsa a seguir adelante gracias por tu amor.

A mis hermanos: Henry Alexander, José Luis, Eladio, Pascual A, Leoniurka y Idolissa por su apoyo y cariño y ser un modelo a seguir para mí.

A mis asesores: Dr. Héctor Luis Rodríguez por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia y su apoyo que fueron fundamental para la realización de esta tesis.

Dra. Sonya stressse ha sido capaz de ganarse mi respeto y admiración, así como sentirme en deuda con usted por todo lo recibido de una forma tan sincera y desinteresada durante este periodo de la realización de mi tesis, todos mis docente que de una manera u otra formaron una parte importante en mi formación académica en el trascurso de mi carrera.

A mi compañera de tesis Cristal Rosario por compartir conmigo un proyecto tal importante.

A mis compañeras de universidad: Ana Lavigne, Ruth Gómez y Miosotis Pérez gracias por su apoyo y su amistad.

A mis tíos: Vicenta, Honecimo, Matea, Francisco, Andrés, Santiago, victoria, patria y Ana zorrilla. Por sus apoyo y confianza a lo largo de mi carrera gracias.

A mis sobrinos: Henry A, Teresa, Abigail, Ivanna, Leslie M, Sophia, Luis ángel, José ángel, Loretta, Alexia y Abdiel por ser inspiración para mí y llenar de alegría mi vida.

A mis amigos: Reyna montero, Javier Guillermo, Anabel Marrero y miguel Félix (chachi) gracias por su amistad apoyo y por confiar en mí.

Dedicatoria

A mi madre: Inocencia Figueroa, sin lugar a dudas eres la persona más importante para mí, eres una mujer que me llena de orgullo, te amo mami y no va haber manera de devolverte por todo lo que haces por mí, esta tesis es un logro más que llevo a cabo y ha sido en gran parte gracias a ti. Por tu apoyo, motivación y amor TE AMO.

Enovi Hidalgo

Índice

Agradecimientos	2
Dedicatoria.....	3
Resumen.....	9
Introducción	10
CAPÍTULO 1. PROBLEMA DEL ESTUDIO	12
1.1. Antecedentes del Estudio.....	12
1.1.1. Antecedentes Internacionales.....	12
1.1.2. Antecedentes Nacionales	17
1.1.3. Antecedentes Locales.....	17
1.2. Planteamiento del problema.....	18
1.3. Justificación	20
1.4. Objetivos.....	21
1.4.1. Objetivo general.....	21
1.4.2. Objetivos específicos	21
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	22
2.1. Hábito. Definición.....	23
2.1.1. Clasificación etiológica de los hábitos bucales.....	24
2.1.2. Desarrollo de los hábitos en los niños.....	25
2.2. Succión digital	27
2.2.1. Etiología.....	28
2.2.2. Etapas de la succión digital.....	29
2.2.3. Tipos de hábitos de succión	31
2.2.4. Efectos bucales del hábito de succión digital	32
2.2.5. Duración e intensidad del hábito.....	36
2.2.6. Cese del hábito digital.....	37
2.2.7. Protocolo de manejo para el hábito de succión digital	37
2.2.8. Tratamiento de la succión digital	38
2.2.9. Terapia miofuncional	39

CAPITULO 3. LAPROPUESTA.....	39
3.1. Hipótesis de trabajo.....	40
3.2. Hipótesis nula.....	40
3.3. Variables y operacionalización de las variables	41
CAPITULO 4. MARCO METODOLOGICO	42
4.1. Tipo de estudio	42
4.2. Localización, tiempo	42
4.3. Universo y muestra	43
4.4. Unidad de análisis estadístico.....	43
4.5. Criterios de inclusión y de exclusión.....	43
4.7. Plan estadístico de análisis de la información	44
4.8. Aspectos éticos implicados en la investigación	44
CAPITULO 5. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS	46
5.1. Resultados del estudio.....	46
5.2. Discusión.....	51
5.3. Conclusión	53
Referencias bibliográficas.....	55
Anexos	60
Glosario.....	61

Resumen

La succión digital es un hábito deformante frecuente que inicia en edades muy tempranas, tanto así, que a través de imágenes en la etapa intrauterina se inicia, continuando hasta los 3 o 4 años, considerándose normal; cuando este persiste se puede considerar un signo de ansiedad e inestabilidad que puede tener repercusiones en el entorno social, orgánico y en la cavidad oral del niño; por esto es importante el conocimiento del pediatra y los padres, ya que estos pueden evitar daños futuros en la oclusión del niño.

Se realizó un estudio descriptivo, de prevalencia y corte trasversal con el objetivo de evaluar la prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años a través de una encuesta a 200 padres que visitaron consultas privadas de pediatras, con el fin de determinar la presencia o no del hábito, frecuencia y duración del mismo, el referimiento de los pediatras a odontólogos, otorrinolaringólogo y terapeuta del habla, y el conocimiento de los padres en cuanto a este hábito. Los datos arrojaron un 16% de la prevalencia del hábito de succión digital, 15.63% en cuanto a la mayor frecuencia en que los niños practicaban el hábito y de igual forma 15.63 % en cuanto a la duración del hábito de succión digital, 96.88% del referimiento por parte de los pediatras a diferentes especialistas. Todos los padres del estudio (100%) tienen conocimiento acerca de los efectos negativos que produce el hábito de succión digital; sin embargo, en relación al tamaño de la muestra (200 padres), este resultado es bajo; esto sugiere que se necesita una población mayor a estudiar para poder obtener resultados comparativos con estudios similares.

Palabras claves: Prevalencia, Succión digital, cavidad oral, Ansiedad, Referimiento.

Introducción

Un hábito se define como la costumbre que adquiere una persona por repetir una actividad. Estos están clasificados en saludables y dañinos. Los hábitos orales pertenecen a este último grupo y dentro de ellos se pueden citar: la succión digital, deglución atípica, respiración bucal, onicofagia, uso del biberón y del chupete, entre otros. Todos estos hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden.¹

La succión digital es un hábito deformante frecuente, que generalmente se inicia en edades muy tempranas tanto así que, a las pruebas de imágenes en el área de ginecología y obstetricia actuales, se ha demostrado que desde la etapa intrauterina inicia la succión digital y continúa hasta los 3 o 4 años de edad, considerándose normal. Cuando persiste más allá de estas edades, se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que puede tener repercusiones tanto en el entorno social del niño como a nivel orgánico; pudiendo producir modificaciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, dando lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño. A nivel social puede interferir en su desarrollo, ya que puede ocasionar que el menor sea objeto de burlas, crítica, rechazo o incluso castigo.¹

Hoy en día, al ser el pediatra el primer representante de la salud en entrar en contacto con el niño, tiene un rol importante e influyente sobre ellos en cuanto a tomar decisiones en su salud, y debe de estar alerta en cuanto a los hallazgos de este tipo, que puedan crear consecuencias a largo plazo en la boca del infante.²

Este trabajo fue un estudio descriptivo, y de corte transversal, donde se estudió la prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años que visitaron las consultas pediátricas privadas en el Distrito Nacional; frecuencia y duración del mismo, referimiento de parte de los pediatras a diferentes especialistas y el conocimiento de los padres sobre las

consecuencias de este hábito en estas edades. Está dividido en 5 capítulos para mayor entendimiento, en el Capítulo 1 se exponen los antecedentes del estudio, el planteamiento del problema, (donde se muestran las preguntas que más adelante serán contestadas) junto con la justificación (por lo cual se realizó esta investigación) y los objetivos de la misma; el Capítulo 2 corresponde al marco teórico con la revisión de literatura; el Capítulo 3 veremos la propuesta con la hipótesis de investigación, la hipótesis nula, y las variables; el Capítulo 4 se enfoca en la metodología y material utilizado para esta investigación y por último el Capítulo 5 donde se plasman los resultados de la investigación en conjunto con la discusión, conclusión y recomendaciones del mismo.

CAPÍTULO 1. PROBLEMA DEL ESTUDIO

1.1. Antecedentes del Estudio

1.1.1. Antecedentes Internacionales

En el año 2012, en España, Franco y Gorritxo³ realizaron un estudio titulado: “Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz”. El objetivo fue conocer en una muestra de niños escolares la frecuencia del hábito de succión del chupete, su papel en la génesis de maloclusiones dentales en la dentición temporal y realizar un seguimiento de estas alteraciones hasta la siguiente fase de la dentición (dentición mixta). Se realizó un estudio epidemiológico longitudinal sobre una muestra de 225 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 10 años en la comunidad autónoma vasca. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario de hábitos dirigido a los padres y las exploraciones clínicas realizadas a los niños, registrando la presencia de alteraciones en la oclusión como: mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. El resultado dio un incremento significativo de las maloclusiones estudiadas en dentición temporal en los niños que mantenían el hábito de succión del chupete. Las mordidas abiertas anteriores mejoraban al abandonar el hábito tempranamente; sin embargo, las mordidas cruzadas posteriores se mantenían o empeoraron, aunque se había producido el abandono del hábito de succión. Se concluyó que el hábito de succión del chupete influye en el desarrollo de la dentición por lo que se hace necesario la detección precoz de las alteraciones que se presenten con el fin de prevenir la instauración de maloclusiones dentales.

En el año 2011, en Cuba, Ricardo⁴ publicó un artículo titulado “Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa”. El estudio surgió de la necesidad de fomentar la salud bucal en especial, y eliminar los hábitos deformantes que podían ser modificados con métodos educativos, realizándose una intervención educativa denominada "Una boca sana", con vista a modificar conocimientos y comportamientos en 48 niños y niñas de segundo grado de escolaridad con hábitos de succión digital, pertenecientes a la Escuela Primaria “Marcos Martí Rodríguez”. Entre las

variables analizadas se incluyeron: conocimiento general sobre ese hábito (adecuado e inadecuado), así como, eliminación o mantenimiento de tan nociva práctica, siempre antes y después de la información ofrecida por la estomatóloga en los encuentros programados con los escolares. En cuanto al nivel de conocimiento general sobre el hábito de succión digital y sus efectos, se halló que este era inadecuado en 41 de los 48 escolares antes de la intervención educativa (85,42 %); pero después de efectuada, 43 de ellos (89,58 %) adquirieron la información adecuada al respecto, a los cuales se sumaron los 7 (14,58 %) que ya la poseían preliminarmente y mantuvieron esa condición. Por otra parte, después de la actividad desarrollada, 32 estudiantes del total abandonaron el mal hábito (66,67 %); pero se impone señalar que en los 16 que lo mantuvieron (33,33 %), la práctica deformante disminuyó en frecuencia y duración en horas de la noche. El análisis del conocimiento de los escolares con respecto a los cambios conductuales después de la intervención, así como, del conocimiento general acerca del hábito, reveló que solo 32 de los 41 alumnos con información adecuada lograron eliminarlo, de manera que la práctica nociva no se modificó en la misma medida que el conocimiento.

En el año 2010, en India, Nilaya⁵ realizó un estudio titulado “Pediatricians views on primary preventive pediatric dental health care”. El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento, actitudes y creencias de los pediatras respecto al cuidado preventivo dental en niños. Se realizó un cuestionario a 82 pediatras. Respecto a la relación que existe entre succión digital y futuras mal oclusiones dentarias; 44 pediatras respondieron que existe una relación entre los efectos de la succión digital y el futuro alineamiento de los dientes, mientras que, los 38 restantes manifestaron que no existe influencia. Los resultados de este estudio sugieren que es necesario mayor clarificación y expansión en las pautas que da la Asociación Americana de pediatras acerca del cuidado oral en los niños. También es importante hacer un gran énfasis en la necesidad de entender el rol de los pediatras para promover un cuidado dental preventivo a través de la temprana derivación de los pacientes a los odontopediatras.

En el año 2010, en España, Pipa et al⁶ publicaron un artículo titulado “Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritiva en niños de 3 a 9 años en

Ferrol”, con el objetivo de identificar la prevalencia de maloclusión en relación con los hábitos de succión digital no nutritivos (NSNN): digital, chupete y biberón; y respiración oral. Así también, comparar con el resto de estudios cómo se está actuando desde el punto de vista preventivo, en la información sobre las consecuencias nocivas de los hábitos de succión no nutritivos en el desarrollo de una buena oclusión dental. La metodología utilizada fue la siguiente: se seleccionaron niños entre los 3 y 9 años cuyos padres aceptaron el consentimiento por escrito. Se estudiaron 368 casos, 161 varones (43.8%) y 207 mujeres (56.3%). Evaluando el inicio y fin del uso del chupete, la frecuencia de uso; de la misma manera a los niños con succión digital si existía o no, luego se hacía una revisión de la boca del niño utilizando espejos, se anotaba el tipo de respiración, la mordida abierta anterior, cruzada posterior y se medía el resalte. Según los resultados obtenidos, la prevalencia de los hábitos depende de la edad del niño (entre las edades de 2 a 4 años el chupete está ampliamente extendido), mientras que los niños mayores de 4 años, lo es la respiración oral. De igual forma, lo es la succión digital, cuya prevalencia es mucho menor, pero a pesar de ser menos frecuente, persiste más en el tiempo y es más difícil de abandonar el hábito.

En el año 2009, en México, Murrieta-Pruneda et al⁷ publicaron un artículo titulado “Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009”. El estudio tenía el propósito de medir la prevalencia de estos hábitos en preescolares y su posible asociación con la edad y con el género. Se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo, observacional, transversal y prolectivo. En este se valoraron clínicamente 211 preescolares entre 3 y 5 años de edad, de ambos sexos. Se solicitó autorización a las autoridades del plantel para llevar a cabo el proyecto; asimismo a los padres de familia se les pidió su consentimiento bajo información para que permitieran que sus hijos fueran incluidos en el estudio, cubriendo de esta manera con los aspectos éticos y legales de la investigación. Del total de la población en estudio, 68.2% presentó al menos un hábito bucal parafuncional, en comparación con 31.8% de los preescolares que no presentó ninguno. El porcentaje de casos registrados con el hábito de succión digital fue de 8.5%. En cuanto a su distribución conforme a la edad, la mayor frecuencia la mostró la categoría de cinco años (3.8%). En relación con el género, los

hombres presentaron una prevalencia mayor en comparación con las mujeres (5.2 y 3.3%, respectivamente). El porcentaje de casos registrados con el hábito de succión labial fue de 8.0%. Por edad, el grupo de cuatro años fue el que mostró un porcentaje mayor (4.3%). Asimismo, en el género masculino fue más frecuente que en el femenino (5.2 vs. 2.8%). Se concluyó que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta y estuvo asociada con la edad.

En el año 2007, en Cuba, González et al⁸ publicaron un estudio titulado “Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años” con el propósito de mostrar la influencia que tienen los hábitos bucales en la anatomía oral de la población infantil que está en el plano poslácteo. En el método, se realizó un estudio de corte transversal examinando todos los niños entre 3 y 5 años del 20% de los municipios escogidos de la provincia de La Habana de 8 consultorios de un médico de familia (300 de entre 28,543 niños). Se realizó un interrogatorio exhaustivo y un examen físico con ayuda de luz natural y un depresor lingual, previo consentimiento de los padres. Se recogieron los posibles hábitos bucales deletéreos presentes en el niño mediante un examen minucioso e interrogatorio. En los resultados, se obtuvo que en un mayor número la succión del tete, predominó con un 49 % del total de niños con el hábito de la succión digital (200), seguido por la respiración bucal con el 39 % y la interposición lingual en deglución con el 38,5 % de estos niños.

En el año 2006, en Argentina, Herrera et al⁹, publicaron un artículo bajo el título de “Alteraciones del desarrollo maxilofacial. Prevención de la maloclusión” con el fin de descubrir los conceptos principales de prevención, limitación o reversión de la maloclusión mediante la detección temprana de los factores ambientales que favorecen la maloclusión y el abordaje temprano de la patología. Como metodología usaron una extensa base bibliográfica para apoyar detalladamente en la descripción de las deformaciones orales por hábito bucal en la niñez y adolescencia, comenzando por la prevención de estas hasta desarrollar los signos y síntomas de un paciente con disfunciones respiratorias y deglutorias por causa de estos hábitos, y dejando saber que su restitución al estado normal no es espontáneo. Lo que dejó como conclusión que no es recomendable dejar estas alteraciones

avanzar en el tiempo, pues las medidas a tomar para su resolución ya son ortopédicas, ortodónticas y hasta quirúrgicas, lo que significa que necesita de fuerzas externas para poder reestablecerse.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Se realizó una búsqueda de antecedentes nacionales en la ciudad Santo Domingo, República Dominicana, sin éxito ninguno.

1.1.3. Antecedentes Locales

Se realizó una búsqueda de antecedentes locales en la Universidad Pedro Henríquez Ureña, sin éxito ninguno.

1.2. Planteamiento del problema

A través de los años, se ha comprobado que mientras hay crecimiento activo de los huesos maxilar superior y maxilar inferior, cualquier hábito bucal aprendido o innato, puede causar una alteración en estos maxilares, su relación y por tanto en la oclusión del paciente en cuestión.⁹

El hábito bucal se define como patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden, y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser beneficiosos cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, o perjudiciales cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dento-maxilofaciales. Entre estos casos se pueden citar: la succión digital, succión del biberón, interposición lingual en reposo, deglución atípica y respiración bucal. La succión digital es el hábito más nocivo, y común entre los infantes que sobrepasan la edad de tres años. En dentición primaria, este hábito particular no presenta riesgos grandes de alteración a los maxilares, sin embargo, al inicio de la aparición de la dentición permanente este puede llegar a provocar una maloclusión en el niño; por lo que dentro de la rama de la odontología, nace una disciplina, llamada Ortodoncia, que se dedica al alineamiento correctivo dental, e incluye el factor esquelético (Ortopedia maxilar), que indujo al estudio de los efectos de estos hábitos bucales en los niños; esto comprobó que efectivamente si se intervienen estos hábitos a tiempo con aparatología (Ortodoncia interceptiva) durante el crecimiento óseo activo del niño, se puede evitar el agravamiento de estas alteraciones y hasta eliminar los hábitos bucales que causaron dichas alteraciones.^{8,10}

El niño, dentro de su proceso de crecimiento y desarrollo tiene un primer contacto con el área de la salud, en su cita pediátrica. La primera persona en analizar la salud mental, y física del niño, es el pediatra en la mayoría de los casos. Este está encargado de velar por la salud biológica, física, y en ciertos casos mental del niño, a lo largo de su desarrollo.^{11, 12}

La falta de contacto y conocimiento de los términos sobre salud bucal de parte de los pediatras hace que se obvien muchos signos y síntomas que tienen correlación con el hábito de succión digital y que a su vez tienen repercusiones en muchos aspectos fisiológicos del niño. Un ejemplo de esto puede ser una mordida abierta provocada por el hábito de succión digital que trastorna la capacidad de dirección correcta, y que a veces en casos como este, los pediatras confunden las causas de dicha disfunción y refieren ese paciente a un terapeuta del habla, debiéndose quizás referirse a un odontopediatra u ortodoncista que trate dicho paciente y corrija la discrepancia morfológica, previo a la remisión a un terapeuta del habla.⁶⁻⁹

Esta investigación pretende evaluar niños de edades de 5 a 10 años que practican la succión digital, la frecuencia y duración del hábito, determinando con qué frecuencia los pediatras de Santo Domingo pertenecientes a la Sociedad Dominicana de Pediatría refieren a los odontólogos, odontopediatras, terapeutas del habla y otorrinolaringólogos a los niños con succión digital. Así también, verificar el conocimiento que tienen los padres acerca de maloclusiones y otras alteraciones tanto físicas, como, psicológicas.

Atendiendo a lo antes expuesto surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuántos de los niños en edades de 5 a 10 años que asisten a consultas privadas de pediatras presentan el hábito de succión digital?

¿Con qué frecuencia estos niños realizan el hábito de succión digital?

¿Cuál es la duración con que estos niños realizan el hábito de succión digital?

¿Son referidos al odontólogo general, odontopediatra, terapeuta del habla o al otorrinolaringólogo, los niños con hábito de succión digital?

¿Conocen los padres de los niños con el hábito de succión digital, las consecuencias del mismo?

1.3. Justificación

Los riesgos asociados a la succión digital dependen de la frecuencia, intensidad, duración y posición del dedo en la boca. Se han descrito alteraciones alvéolo dentales asociadas a este hábito, incluyendo maloclusiones, resorciones atípicas de las raíces, mordida abierta, mordida cruzada y deformaciones faciales. La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, retarda su maduración, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, lo que también, puede afectar otras funciones como; la fonación y la respiración, entre otros efectos negativos, así como, trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.⁶⁻⁹

La primera persona en analizar la salud general del niño es el pediatra. Sin embargo, varios estudios indican que estos pediatras tienden a ignorar los aspectos de la salud bucal del niño y no realizar un examen clínico intrabucal exhaustivo. Esto puede provocar que un paciente que practique la succión digital, terminado su crecimiento óseo activo tenga que enfrentarse a dificultades relacionadas con su oclusión, fonación, respiración, deglución, y estética de manera inadvertida y posiblemente irreversible, lo que conlleva a posibles consecuencias psicológicas en la adolescencia.^{1,9,13}

Es por ello que esta investigación se enfocará en el estudio del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años que lo padecen y que acuden a consultas pediátricas privadas, pues este hábito es el que más comúnmente causa deformaciones y alteraciones en el desarrollo de los maxilares, y es razón a una maloclusión en el infante; y así cumplir con el principal objetivo del segundo nivel de prevención en odontología: interrumpir el estímulo, mediante un tratamiento odontológico precoz y oportuno, para conseguir su curación o bien evitar la aparición de secuelas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años de edad que visitan consultas privadas de pediatras en Santo Domingo.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1. Establecer la frecuencia del hábito de succión digital en estos niños.

1.4.2.2. Establecer la duración del hábito de succión digital en estos niños.

1.4.2.3. Indicar la frecuencia en que los pediatras realizan el referimiento al odontólogo general, odontopediatra y terapeuta del habla de los niños con el hábito de succión digital.

1.4.2.4. Determinar el porcentaje de padres que tienen conocimiento sobre las consecuencias del hábito de succión digital.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

La succión digital ocupa un lugar destacado entre los hábitos bucales deformantes o disfuncionales, por ser uno de los más frecuentes en el niño, por las grandes deformaciones que produce en el área facial y por la implicación psíquica que de ello se deriva. En este trabajo de investigación, se explica que es un hábito, clasificación y desarrollo de los mismos; se explica el concepto de succión digital, etiología, etapas, tipos, efectos que esta causa en la cavidad oral, así como, duración e intensidad, tratamiento y manejo del hábito.¹⁴

Los factores de riesgo como el hábito de succión digital por periodos prolongados puede provocar efectos anormales específicos en la oclusión y en el desarrollo óseo y aunque se ha mencionado el gran beneficio del amamantamiento materno, éste se ha asociado con maloclusiones como mordidas abiertas anteriores, cuando aquél se realiza por periodos prolongados.¹³

El abandono del hábito antes de la erupción de los incisivos permanentes permite la corrección espontanea de las maloclusiones asociadas con el hábito de succión digital. La persistencia del hábito tiene efectos en las estructuras orales que están determinadas por la dirección y naturaleza de las fuerzas, así como, por la frecuencia y la intensidad con la que se practica el hábito, el desarrollo osteogénico, la carga genética del niño y también con el (los) dedo (s) comprometido (s) en la práctica de esta conducta nociva.¹⁵

Varios estudios han relacionado el hábito de succión digital y específicamente la succión del pulgar en dentición primaria y mixta con maloclusiones clase II, excesiva sobremordida horizontal, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, arcos dentales estrechos, protrusión de dientes superiores, paladar profundo y segmento premaxilar prognático.¹⁶

La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, agrava la severidad de las anomalías, pues la sobremordida horizontal aumentada y la mordida abierta anterior dificultan la deglución

normal, retardan la maduración y crean mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, y poder llevar a cabo el selle anterior en el momento de la deglución, lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación.¹⁶

Se podrían evitar problemas considerables si el médico pediatra, cirujano, odontólogo general odontopediatra y ortodoncista, al explorar a los niños en edades de 4-6 años, detectaran la presencia de los hábitos nocivos con el fin de prevenirlos e interceptarlos, lo que evitaría repercusiones físicas y psicológicas durante la pubertad y la adolescencia.¹³

2.1. Hábito. Definición

Un hábito es un modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas.¹⁷

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 se encuentran: la succión que puede ser del dedo, chupón o labio, la respiración bucal, la interposición lingual en reposo y deglución infantil.¹²

Un hábito puede definirse también como el modo de conducta de una persona que consiste en repetir una misma acción. Así como, la facilidad que se adquiere por larga y constante práctica en un mismo ejercicio.^{18, 19}

2.1.1. Clasificación etiológica de los hábitos bucales

Los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja. Este comportamiento mental o corporal se adquiere por la práctica o repetición frecuente de los mismos. Por lo tanto, en sus inicios esta costumbre es voluntaria y consciente y, al arraigarse, se convierte en inconsciente. La succión digital generalmente se realiza con la yema del dedo apoyada sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual de los incisivos superiores.²⁰

Los hábitos bucales se clasifican según su etiología en:

- **Instintivos:** hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
- **Placenteros:** succión digital o del chupón.
- **Defensivos:** en pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- **Hereditarios:** malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.
- **Adquiridos:** la fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.
- **Imitativos:** gestos, muecas, etc.¹⁴

Además, los hábitos pueden clasificarse en dos grupos:

- Beneficiosos o funcionales: son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo. La masticación, la deglución y la respiración normales son ejemplos de ellos.²¹

- Perjudiciales o deformantes: son los que resultan de una función normal o que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario, como: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración bucal y la masticación de objetos.²¹

2.1.2. Desarrollo de los hábitos en los niños

El reflejo de succión tiene el objeto de hacer salir la leche de los pezones y se preserva hasta el año de edad, si bien su desaparición no significa que el lactante deje de succionar. En esta etapa de desarrollo ya ha aprendido a alimentarse y no necesita del reflejo para hacerlo. La supervivencia del recién nacido depende de una succión oral instintiva, que le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar y seguridad, pues le sirve de intercambio con el mundo exterior.²²

Todos los niños tienen una tendencia innata biológica hacia la succión; el mantenimiento del hábito en la niñez temprana se debe considerar como un comportamiento aprendido, reforzado por factores del ambiente, según la teoría del aprendizaje.²²

Hay dos tipos de hábitos:

- a) Hábitos fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal).¹⁶

b) Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales se encuentran: la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal.²²

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.¹⁶

Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como, aparece por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.²²

La succión de los dedos se presenta en momentos de presión, de aburrimiento o de cansancio pues genera tranquilidad e induce al sueño. La presencia del hábito disminuye con la edad y un alto porcentaje de niños lo abandonan alrededor de los 3.5 a 4 años; después de esa edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológico, fonaudiológico, u odontológico.²¹

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar:

- Mordida abierta anterior y de laterales.
- Protrusiones dentarias.
- Protrusiones dentoalveolares.
- Linguoversiones dentarias, etc.¹⁶

2.2. Succión digital

La succión digital es un comportamiento común en niños, que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos. Consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. Este es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1.7 y el 47%. Estas diferencias pueden explicarse por la edad en la que se realice el estudio, pues mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye. Sin embargo, son pocos los estudios longitudinales al respecto, lo que hace que



Figura 1. Succión digital.²³

las conclusiones sean extraídas en su mayoría de estudios de sección cruzada, sin la adecuada evidencia.²³

Durante el cambio de dentición temporal a permanente es común encontrar una mordida abierta transitoria (17 a 18%). Esto puede deberse a la erupción incompleta de los incisivos; el desarrollo normal puede causar una mordida abierta para solucionarlo mientras termina el proceso de erupción. Un hábito digital persistente (o hábito de dedo persistente) puede actuar como una interferencia mecánica para la erupción de los incisivos y provocar en el desarrollo un incremento en la persistencia de la sobremoradida horizontal. De manera típica, la mordida abierta asimétrica se adaptará sobre el dedo involucrado.

La erupción de los incisivos permanentes es una etapa importante del desarrollo dental donde el dentista, deberá enfocarse en eliminar los hábitos orales persistentes hasta que se presente el potencial para mejorar de manera espontánea la mordida abierta existente y erupcionen los incisivos permanentes.²³

La sobremordida vertical está aumentada de manera relativa, mientras erupciona la dentición temporal. Por lo general, esta sobremordida se reduce de manera gradual antes de la exfoliación de los incisivos como resultado de la atricción y el avance por crecimiento mandibular. Ciertos hábitos orales como son; la succión digital y de chupón son común en este grupo de edad y si éstos persisten se desarrollará una mordida abierta anterior.²⁴

2.2.1. Etiología

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. La succión del pulgar está muchas veces relacionada con la adherencia a otro tipo de objetos, como la cobija y los peluches y con la ausencia de un adecuado proceso de lactancia. También ha sido asociada con otro tipo de síndromes, como la tricotilomanía (Arrancarse el pelo).²⁵

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes. Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden.²⁶

La succión digital presenta un patrón de conducta de naturaleza multivariada al que pueden dar origen distintas causas, reuniéndose muchas veces varias de ellas simultáneamente, dentro de las que se destacan la lactancia materna insuficiente. Se describen otras causas, como: inseguridad del niño, cambios en el entorno familiar y la inmadurez emocional del niño.²⁷

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas, debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro.¹⁴

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo sobre el paladar.¹⁹

Se considera que la lactancia artificial es un agente causal de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere menor esfuerzo físico. El niño se refugia en este hábito para escapar del mundo real, que le parece muy difícil. Cuando surge durante las primeras semanas de vida, se relaciona con los problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria, lo cual puede estar ocasionado por la prolongación del amamantamiento sin restricción, que refuerza el impulso bucal. La clásica teoría freudiana sugiere que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pre genital y la actividad sexual en las primeras semanas de la vida por tensiones o conflictos emocionales insuperables, tales como, inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseos de llamar la atención, entre otros; la inducción por los padres y/o educadores para mantener al niño entretenido, así como, evitar el llanto. Se ha asociado con el brote de la dentición, fatiga, sueño, ansiedad, inseguridad, falta de afecto e imitación a otros niños.²⁶

2.2.2. Etapas de la succión digital

La morfología, determinantes y el desarrollo temprano de la coordinación boca mano o la propensión a principios de traer la mano en contacto con la boca es un interesante desafío para las teorías del desarrollo, ya que demuestra la existencia de un patrón altamente

organizado de la acción en el nacimiento que encuentra nuevas expresiones funcionales a lo largo de la esperanza de vida en diversas actividades, tales como, la auto-alimentación, la comunicación no verbal, la auto-sedación, la auto-estimulación o el erotismo oral, la manipulación de objetos y su exploración.²⁵

La succión digital podría explicarse en tres etapas:

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

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
- Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II (Succión del pulgar clínicamente significativo):

- De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
- Definir programas de corrección.²⁴

Etapa III (Succión del pulgar no tratada):

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

- Requiere tratamientos ortodónticos y psicológicos.²⁶

2.2.3. Tipos de hábitos de succión

Existen diferentes tipos de hábitos de succión, entre ellos figuran: succión del dedo pulgar, del índice, índice y medio, medio y anular, así como, de varios dedos. La más frecuente es la primera, puesto que en ella los músculos activos tienen la función de crear un vacío en la cavidad bucal. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumenta el espacio intrabucal y se crea una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen e impiden que el paso del aire rompa el vacío formado.²⁹

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 antero inferiores.

Succión de varios dedos: producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.²⁶

2.2.4. Efectos bucales del hábito de succión digital

Todos los niños que practican succión digital no presentan maloclusión, esto depende de la posición y cantidad de dedos implicados, la frecuencia, intensidad, duración, así como del patrón facial.²⁸

Este tipo de succión ocupa un lugar destacado entre los hábitos bucales deformantes o disfuncionales, puesto que es uno de los más frecuentes en el niño, debido a las grandes deformaciones que produce en el área facial y la implicación psíquica que de ello se deriva. Su incidencia en los niños llega hasta 90 % en los países europeos y de 15 a 45 % en los occidentales.²⁸

Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad de hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético.¹⁵

||
||

La succión del pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejercen la mano y el brazo.

Una clave para detectar la presencia de un hábito de succión digital vigoroso, es la presencia de un callo en el dedo que se succiona en el área donde éste entra en contacto con los incisivos (figura 4-6). Los hábitos de onicofagia pueden potenciar la reabsorción radicular inducida de manera ortodóncica y es fácil de identificar al examinar las uñas.



Figura 2. Un hábito de succión digital podrá dejar un callo como testigo en el dedo donde este fue rozado con los bordes incisales.²⁶

La succión digital puede causar una distorsión importante de las arcadas dentales. Muchos niños de 7 años de edad succionan su dedo pulgar y a pesar de que el desplazamiento dental no está presente en todos los casos, es importante revisar el desarrollo de los dientes, en particular el de los incisivos superiores. Existen numerosas opciones para interceptar los efectos distorsionantes del hábito de succión digital, pero los niños pequeños rara vez son capaces de hacer frente al tratamiento con aparatos antes de cumplir los 6 años de edad. El manejo del comportamiento mediante recompensas es efectivo para reforzar una buena conducta y es una medida interoceptica de elección en pacientes jóvenes.

Aparatos o medidas simples, como que el paciente se pinte las uñas o se ponga guantes pueden detener el hábito en pacientes más grandes; sin embargo, se deberá recordar que cualquier removable puede retirarse con facilidad cuando el paciente tiene la necesidad urgente de succionar el dedo, por lo que sólo deberán ser usados por aquellos con deseos de abandonar el hábito. Los aparatos se pueden utilizar no nada más con esta finalidad, sino también se les puede agregar algunos efectos como, la expansión de arcada o para controlar la sobremordida.

El único aparato disuasivo real, sin embargo, es la trampa fija para dedo. Este tipo de aparatos asegura el pleno cumplimiento (ya que no pueden ser removidos) y son bien tolerados. Deberán dejarse in situ por lo menos 6 meses para asegurar que se haya acabado con el hábito. También, pueden usarse algunos aparatos ortodóncicos fijos de expansión como el quadhelix, ya que se le puede incorporar un arco de expansión, pero éstos no son tan efectivos como la trampa lingual porque obstruyen menos la colocación del dedo que se

coloca en la boca. Para pacientes con discrepancias sagitales significativas los aparatos funcionales, como el twin block, pueden usarse para combinar la disuasión del hábito con la corrección de la maloclusión Clase II.²⁶

Los efectos bucales del hábito de succión digital son:

- a) Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- b) Retroinclinación de los incisivos inferiores.

c) Mordida abierta anterior. La mordida abierta anterior está presente cuando no haya un contacto incisivo ni un solapamiento vertical de los incisivos inferiores con los superiores. La gravedad varía, casi desde una relación borde a borde hasta una mordida abierta incapacitante. Ésta puede ocurrir con un patrón esquelético subyacente Clase I, II o III. La incidencia en niños británicos es de cuatro por ciento a los nueve años, lo cual disminuye al 2% en la adolescencia.²⁹

La succión digital es una causa común de mordida abierta anterior. Tiene una incidencia de alrededor del 30% al año de edad, se reduce al 12% a los nueve años y al dos por ciento a los 12 años. Los succionadores más persistentes son mujeres. La gravedad de la maloclusión causada por el dedo depende de la edad del paciente y de la intensidad, frecuencia y duración del hábito.²⁸

Con frecuencia, la mordida abierta causada por succión digital es asimétrica y es mayor del lado donde el dedo es apoyado. Los dedos actúan en efecto como una barrera para que los incisivos erupcionen, mientras, permiten la erupción excesiva de los dientes posteriores. Los incisivos superiores están en forma invariable proinclinados, mientras, los inferiores presentan efectos más diversos. Es usual que se presenten mordidas cruzadas debido al estrechamiento de la arcada superior.²⁹

El desplazamiento dental está más relacionado con el número de horas de succión por día que la magnitud de la presión. Los niños cuya succión digital es de seis horas o más por

día, en particular quienes duermen con el dedo entre los dientes toda la noche, pueden tener una maloclusión importante.²⁹

- c) Prognatismo alveolar superior.¹⁴
- d) Estrechamiento de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador).¹⁴
- e) Mordida cruzada posterior. Las mordidas cruzadas pueden ser bucales o linguales, unilaterales o bilaterales y pueden estar o no asociadas a desplazamientos mandibulares. En términos de etiología, se ha observado que puede contribuir la influencia genética, como es el patrón esquelético anteroposterior y algunos aspectos del medio ambiente, entre ellos el hábito de succión digital o la respiración bucal. Las mordidas cruzadas, en ausencia de discrepancias esqueléticas importantes, son un buen ejemplo para ilustrar la influencia ambiental de los labios, carrillos y lengua sobre el arco maxilar y mandibular y la teoría del equilibrio. Ésta propone que las partes dentoalveolares de la mandíbula están en una zona neutral donde las fuerzas de los tejidos blandos de los labios y lengua se encuentran en un equilibrio bucolingual; el cual es interrumpido tanto por la succión digital como la respiración bucal, con una posición lingual inferior. Al mismo tiempo, un incremento en la presión bucal proveniente de los carrillos sobre la arcada maxilar causa un estrechamiento maxilar y un arco mandibular más amplio. Las mordidas cruzadas unilaterales con un desplazamiento mandibular, por lo general, presentan un estrechamiento maxilar bilateral, y simétrico y es justo esta desviación mandibular, la responsable de crear este tipo de mordidas.^{14, 19}
- f) Dimensión vertical aumentada.¹⁴

Una altura dental vertical reducida, como la que se observa en el hábito de succión digital, se manifiesta como una exposición incisiva reducida.²⁷

2.2.5. Duración e intensidad del hábito

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

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que, en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo que descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que la superficie palmar que se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca, y por último, el patrón morfo genético del niño que es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravará dicha tendencia.²⁶

La succión digital de suficiente duración e intensidad está asociada con un incremento de la sobremordida horizontal y una reducción de ésta en su forma vertical. El efecto sobre la relación incisiva puede ser asimétrico, esta apariencia puede ayudar en el diagnóstico, en especial si se observa un callo en la piel del dedo que se usa como parte de este hábito.



Figura 3. a) Mordida abierta anterior leve. b) Mordida abierta anterior esquelética severa.²⁹

2.2.6. Cese del hábito digital

El manejo dependerá de la edad que presente el paciente. Si no funcionan los consejos, entonces un aparato disuasivo será efectivo en un paciente colaborador. Éste puede ser de naturaleza fija o removible, y deberá ser mantenido en su lugar como mínimo seis meses después de que el hábito de succión en apariencia haya cesado, para asegurar que en realidad ya no esté presente. Estos métodos con regularidad producen una buena resolución espontánea de la mordida abierta anterior en pacientes pre adolescentes, pero no en aquellos quienes ya han pasado el pico puberal de crecimiento. En estos casos está indicado un tratamiento ortodóncico complementario. Sin embargo, es esencial que cualquier hábito de succión digital haya sido detenido primero.²⁹

2.2.7. Protocolo de manejo para el hábito de succión digital

Dentición primaria

- No está indicado ningún tratamiento.
- Si está relacionado con el chupón, recomendar el uso de un chupón ortodóncico.
- Asegurarles a los padres que la mordida abierta anterior deberá resolverse una vez que el hábito se detenga.²⁶

Dentición mixta temprana

- Recomendarle al paciente que debe dejar el hábito.
- Usar auxiliares simples de memoria o recompensas diaria dentición mixta tardía.
- Considerar un aparato disuasivo si las recomendaciones no han funcionado.

- Podría necesitarse expansión ortodóncica para la arcada superior.²⁶

Dentición permanente

- La resolución espontánea de la mordida abierta anterior es improbable.
- Referirlo al especialista, ya que existe riesgo de reabsorción radicular en los incisivos superiores debido a las fuerzas a la que se encuentran sujetas.²⁹

2.2.8. Tratamiento de la succión digital

Los niños que se presentan con una sobremordida horizontal incrementada de manera significativa, así como, con un inadecuado sellado labial, presentan un mayor riesgo de trauma en los incisivos centrales superiores. Estos pacientes también pueden haber sufrido burlas por parte de otros niños, y si se puede contar con su cooperación para el uso de estos aparatos, vale la pena el tratamiento temprano con la finalidad de reducir el impacto psicológico de la maloclusión. Los hábitos de succión digital deberán detenerse antes del tratamiento. Si éste no se lleva a cabo en esta etapa, se deberá prescribir una guarda para ser usada por el paciente al realizar actividades deportivas. La modificación del crecimiento con terapia de aparatología funcional tiene un papel importante en el manejo de las maloclusiones Clase II división 1.²⁹

- Explicar al niño con palabras acorde a su edad, de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
- Aparatología removible o fija (rejilla lingual).
- Terapia miofuncional.¹⁴

2.2.9. Terapia miofuncional

Los bloques de mordida pasivos posteriores, son aparatos funcionales que son usados para mordidas abiertas de 3 a 4 mm más allá de la posición de descanso. En los pacientes en desarrollo, éstos inhiben el crecimiento en altura del proceso dentoalveolar bucal, lo cual previene una rotación hacia abajo y atrás de la mandíbula. Lo anterior permite que ocurra la erupción diferencial mientras los segmentos bucales pueden erupcionar sin obstáculos, por lo que la mordida abierta anterior se cierra. El arco extraoral de tracción alta incrementa la eficacia de los bloques de mordida. En caso de que la mordida abierta anterior esté asociada con un patrón esquelético Clase II, se puede utilizar un dispositivo twin block con un arco para corregir la discrepancia esquelética mientras se controla la dimensión vertical. El dispositivo regulador de función (DRF) es efectivo donde la mordida abierta es provocada, al menos en parte, por la actividad postural defectuosa de la musculatura bucofacial.²⁹



Figura 4. Mordida abierta anterior asociada a un hábito de succión digital. Obsérvese la asimetría en la mordida abierta y la tendencia a una mordida cruzada posterior.³⁰

CAPITULO 3. LA PROPUESTA

3.1. Hipótesis de trabajo

Los padres de los niños con el hábito succión digital en edades de 5 a 10 años que asisten a los consultorios pediátricos no conocen las consecuencias de este hábito.

3.2. Hipótesis nula

Los padres de los niños con el hábito de succión digital en edades de 5 a 10 años que asisten a los consultorios pediátricos conocen las consecuencias de este hábito.

3.3. Variables y operacionalización de las variables

Variable Independiente: hábito de succión digital, edad, sexo.

Variable Dependiente: conocimiento, referimiento

Variables	Definición conceptual	Indicadores	Dimensiones
Hábito de Succión Digital	Práctica repetitiva y habitual de succionar con la boca, el pulgar u otro dedo de la mano o del pie.	Frecuencia Años Duración Horas	<ul style="list-style-type: none"> • 1 vez al día • 2 veces al día • 3 veces al día • Todo el día • 5 años • 6 años • 7 años o mas • 1 hora • 2 horas • 4horas • 6 horas o mas
Referimiento	Recomendación que hace un médico a otro para tratar un paciente	Referimiento a especialistas	Terapista del habla. Otorrinolaringólogo. Odontopediatra.
Conocimiento	Acción o efecto de conocer.	Número de respuestas seleccionadas en el cuestionario	0-3 bajo 4-7 medio 8.10 alto

CAPITULO 4. MARCO METODOLOGICO

4.1. Tipo de estudio

Este estudio es descriptivo, de prevalencia y corte trasversal en el cual se recolectó información sobre los casos de succión digital en niños de edades de 5 a 10 años, así como, frecuencia, duración de dicho hábito, si fueron referidos o no a los especialistas del habla, otorrinolaringólogo, odontólogo; y el conocimiento de los padres de las consecuencias que genera el mismo todo esto se realizó en un único momento de la investigación.

4.2. Localización, tiempo

Este estudio se llevó a cabo en tres consultorios pediátricos simultáneamente: Clínica Pediátrica Dr. Toral, Consultorio Pediátrico Dra. Patricia Acra, Consultorio Pediátrico Dr. Francisco Martínez Cabruja.

Consultorio Pediátrico Dr. Toral en Medical Net, ubicado en la calle Rafael Augusto Sánchez #45 Piantini, Distrito Nacional. Delimitado. Al norte, por la calle Andrés Julio Aybar; al sur, por la calle Porfolio Herrera; al este, Av. Abraham Lincoln y al oeste por la calle Federico Geraldino.

Consultorio Pediátrico Dra. Patricia Acra en la Torre Profesional Biltmore, ubicada en la Av. Abraham Lincoln #1009, Piantini, Distrito Nacional. Delimitado al norte, por la calle Jose amado soler; al sur Av. Gustavo Mejía Ricart; al este, calle Filomena Gómez de Cova y al oeste, Federico Geraldino.

Consultorio Pediátrico Dr. Francisco Martínez Cabruja en la clínica Corazones Unidos, ubicado en la calle Fantino Falco #9, Naco, Distrito Nacional. Delimitado al norte, por la calle Tetelo Vargas, al sur, por la calle Dr. Emil kasse Acta, Al Este, por la Av. Ortega y Gasset y al oeste por la calle Manuel E Perdomo.

Este estudio se llevó a cabo en un periodo de aproximadamente dos meses y dos semanas.

4.3. Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 1,050 niños que acudieron a consultas privadas de pediatras del Distrito Nacional febrero-abril, 2017.

La Muestra estuvo constituida por 200 niños que acudieron a consultas privadas de pediatras del Distrito Nacional febrero-abril, 2017.

4.4. Unidad de análisis estadístico

Resultados de la cantidad de niños de 5 a 10 años, con presencia de succión digital que visitaron los consultorios pediátricos en Santo Domingo, Distrito Nacional.

4.5. Criterios de inclusión y de exclusión

Inclusión

- Niños de 5 a 10 años que acudieron a los consultorios pediátricos de Santo Domingo.
- Niños de 5 a 10 años cuyos padres o tutores autorizaron su participación en el estudio.
- Niños de 5 a 10 años que acudieron a los consultorios pediátricos de Santo Domingo en el periodo en que se realizó el estudio.

Exclusión

- Niños con edades diferentes de 5 a 10 años que acudieron a los consultorios pediátricos de Santo Domingo.
- Niños de 5 a 10 años cuyos padres o tutores no autorizaron su participación en el estudio.

4.6. Técnicas y procedimientos para la recolección y presentación de la información

Para la realización de este estudio, se instaló una mesa, con las encuestas preparadas para los padres que asistieron a las consultas, ubicada en una esquina paralela a los asientos de esta sala, se esperó que los pacientes citados del pediatra llegaran al área, se les propuso participar en el estudio, se entregó a cada padre el consentimiento informado, donde se explicaba que los datos de los niños serían respetados bajo las normas éticas establecidas en este, sin riesgo alguno. Luego de firmado el consentimiento de los padres para la participación, se procedió al llenado del cuestionario sobre el hábito de succión digital del infante en cuestión, el cual contiene preguntas tales como; edad, sexo, cuantas veces al día y cuantas horas, sus hijos practican el hábito, si eran referidos a diferentes especialistas por su pediatra y el conocimiento que tenían sobre las consecuencias de este hábito después que los niños pasaban de la edad de 5 años. Una vez firmado el consentimiento informado y llenada esta ficha, se les agradeció a los participantes por haber colaborado y se les permitió avanzar a la consulta del doctor. En segunda instancia, por cada pediatra que se visitó, se le preguntó si referían a los diferentes especialistas los niños con el hábito de succión digital (ver Anexo 1).

4.7. Plan estadístico de análisis de la información

Las informaciones obtenidas fueron sometidas a revisión y procesamiento utilizando el programa Microsoft Excel 2007; los resultados fueron presentados en frecuencia simple y porcentajes, mediante gráficos y tablas.

4.8. Aspectos éticos implicados en la investigación

Este estudio, estuvo regido por reglas éticas que implicaron, primeramente, la solicitud del permiso de la intervención en las salas de espera de los consultorios pediátricos que se estuvieron visitando por una carta autorizada, firmada y sellada por la universidad. En segundo lugar, se aseguró la confidencialidad de la información aportada por los padres de

los participantes: esto incluyó la privacidad de las encuestas a los padres, aclarado por el consentimiento informado que se utilizó para el solo propósito del estudio. Para esto se aseguró que el participante firmara el consentimiento informado en el acápite final del acuerdo del estudio. Por último, se mantuvo el anonimato de los pediatras en las encuestas realizadas sobre los niños con el hábito de succión digital. (Anexo 1)

CAPITULO 5. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

5.1. Resultados del estudio

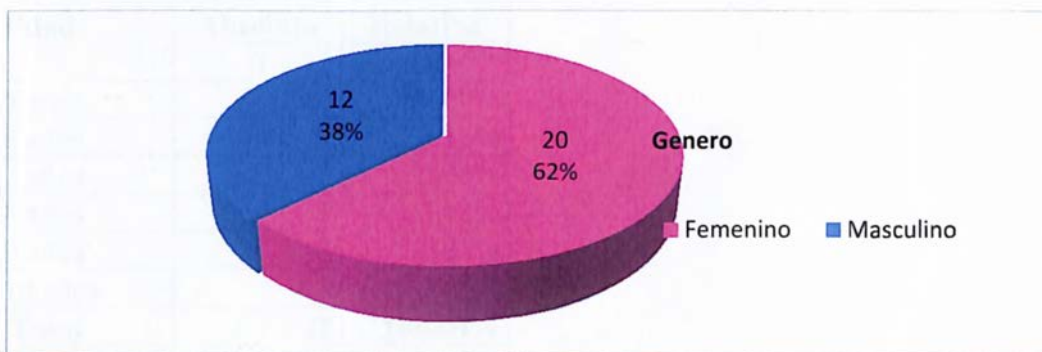


Gráfico 1. Distribución de evaluados según género

El Gráfico 1 muestra los niños que practican el hábito de succión digital según el género, 62% (femeninos) y 38% (masculino).

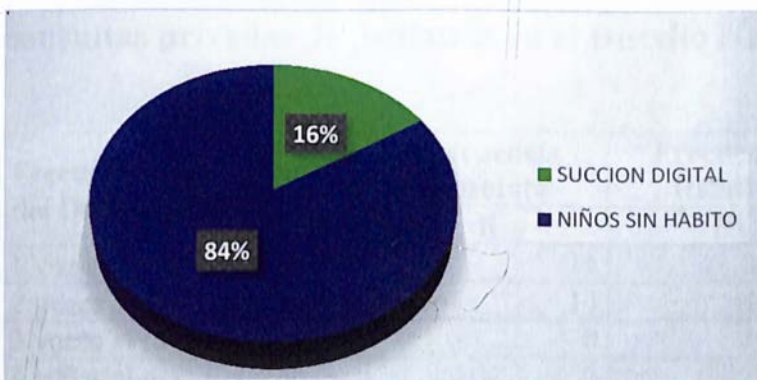


Gráfico 2. Prevalencia del hábito de succión digital en niños que asisten a consulta pediátricas.

El Gráfico 2 muestra la prevalencia de succión digital de 200 niños incluidos en el estudio, 32 pacientes presentaron el de succión digital con un 16%, mientras que, 168 niños sin el hábito con un 84% de la muestra.

Tabla 1. Distribución de evaluados según la edad

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	fi	Hi
5 años	16	50.00%
6 años	9	28.13%
7 años	3	9.38%
8 años	1	3.13%
9 años	2	6.25%
10 años	1	3.13%
Total	32	100.00%

Fuente: propia del autor.

La Tabla 1 muestra que la edad más frecuente de los niños con el hábito de succión digital es 5 años, y la edad menos frecuente 10 años.

Tabla 2. Frecuencia del hábito de succión digital en niños que asisten a consultas privadas de pediatras en el Distrito Nacional.

Frecuencia de Chupado del Dedo por Día	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	fi	Hi
1 vez al día	11	34.38%
2 veces al día	14	43.75%
3 veces al día	0	0.00%
4 veces al día	2	6.25%
Todo el día	5	15.63%
Total	32	100.00%

Fuente: propia del autor.

Al analizar la Tabla 2 se observó que de un total de 32 niños con succión digital, 5 niños realizaron el hábito todo el día, mientras que, 11 niños lo hicieron 1 vez al día. Esto muestra que se necesitan más estudios acerca del factor genético y-o ambiental de esta

condición, para establecer una relación causa-efecto del hábito de succión digital en cuanto a la frecuencia y número de niños que la practican.

Tabla 3. Duración del hábito de succión digital en niños que asisten a consultas de pediatras en el Distrito Nacional.

Duración (Horas)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	fi	Hi
1 hora	1	3.13%
2 hora	16	50.00%
3 hora	0	0.00%
4 hora	8	25.00%
5 hora	0	0.00%
6 hora	2	6.25%
7 hora o mas	5	15.63%
Total	32	100.00%

Fuente: propia del autor.

En relación a la literatura revisada, la duracion del hábito es importante ya que a mayor duracion de la práctica de succión digital, serán más los efectos negativos que se producirán en la oclusión dental. Un niño que se chupe el dedo de forma esporádica logicamente serán menos los efectos, que otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.²⁶ observandose en la Tabla 3 que solo 5 niños se chupaban el dedo 7 horas o más, mientras que, solo 1 lo hacia durante 1 hora; 26 de los niños restantes practicarón el hábito entre 2 a 6 horas por lo que se necesita de más información para relacionar la duración del hábito con factores ambientales, como su entorno familiar y relación con sus padres.

Tabla 4. Frecuencia en que el profesional de la salud realiza el referimiento al odontólogo general, odontopediatra y terapeuta del habla de los niños con el hábito de succión digital.

Referimiento	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Fi	hi
Dentista	31	96.88%
Terapeuta del Habla	0	0.00%
Otorrinolaringólogo	0	0.00%
Cirujano Maxilofacial	1	3.13%
Total	32	100.00%

Fuente: propia del autor.

En la Tabla 4 se observa que los pediatras de los 32 niños con el hábito, refirieron 31 (96.88%) al dentista y 1(3.13%) al cirujano maxilofacial; lo que indica que estos conocen la importancia de un referimiento adecuado para la prevención e intervención a tiempo de las alteraciones en la oclusión relacionadas al hábito.

Tabla 5. Porcentaje de padres que tienen conocimiento sobre las consecuencias del hábito de succión digital.

Frecuencia de Conocimiento de las Consecuencias del Hábito de Succión Digital en Niños y Niñas				
Conocimiento de las Consecuencias	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acumulada	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acumulada
	Fi	Fi	Hi	Hi
Si	32	32	100.00%	100.00%
No	0	32	0.00%	100.00%
Total	32		100.00%	

Fuente: propia del autor.

En la Tabla 5 se observa que del total de padres de niños con succión digital, todos tenían conocimientos de los efectos negativos que genera la práctica de chuparse el dedo; conocían acerca de la mordida abierta, dientes mal posicionados, deformación en el paladar, bacterias que podrían causar infecciones; sin embargo su conocimiento no se relacionaba con el control del hábito en la disminución y/o la eliminación del mismo.

5.2. Discusión

La succión digital es un comportamiento común en niños, que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos. Consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. Este es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1.7 y el 47%.²³ Pues, mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye.²³

Después de haber obtenido los resultados del levantamiento epidemiológico de este trabajo, se procedió a comparar los datos obtenidos con otros autores.

En cuanto a la prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años, se observaron 32 pacientes (16 %) para la totalidad de la muestra (100%), lo que indica un bajo porcentaje en relación a este hábito; esto coincide con el estudio de Pipa et al⁶ en el que el hábito de succión digital de los niños estudiados (3-9 años) presentó el porcentaje más bajo; de igual forma el estudio de Murieta-Pruneda et al⁷ en niños de (3-5 años) refiere el porcentaje más bajo en cuanto a la prevalencia de este hábito (8.5%).

En cuanto a la frecuencia y duración del hábito los datos obtenidos arrojaron: que un menor número de niños practicaban el hábito todo el día (5) y un mayor número (11) una vez al día; en relación a la duración (5) lo hacían 7 horas o más y (11) una hora. Ambos no coinciden con ninguno de los antecedentes estudiados, ya que estas variables no estuvieron presentes en los mismos. Siendo importante señalar que la literatura revisada expresa la importancia de la frecuencia y duración de práctica del hábito, ya que este aumentaría los riesgos de alteraciones de la oclusión. A mayor tiempo de chuparse el dedo mayor probabilidad de daños orales.²⁶

Con respecto a los referimientos de parte de los pediatras a los diferentes especialistas, se observó que de los 8 médicos pediatras que colaboraron en el estudio; se refirieron 31 niños

(96.88%) al dentista y 1 al maxilo facial (3.13%). Estos resultados no son coincidentes con los antecedentes planteados en este estudio; sin embargo resultados encontrados en Nilaya⁵ establecen que existe un alto porcentaje de pediatras con conocimientos de futura mal oclusión dentaria en niños con hábito de succión digital, pero no son concluyentes en cuanto a la indicación de referimientos a diferentes especialistas.

En relación al conocimiento de los padres acerca de las consecuencias del hábito de succión digital, de los 32 tutores-padres (100%) todos tenían conocimiento de los efectos nocivos del hábito en la cavidad oral y/o oclusión. Revelando aspectos concernientes a estas alteraciones.

No coincidente con ninguno de los antecedentes mencionados en el estudio; aunque en el estudio de Ricardo⁴ se evaluaron los conocimientos de los niños, no así, el de los padres.

5.3. Conclusión

- Luego de analizados y revisados los resultados de la presente investigación se listan las siguientes conclusiones, relacionadas a la prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años que visitaron las consultas privadas de pediatras.
- En cuanto a la prevalencia del hábito de succión digital en los niños que visitaron consultas privadas de pediatras, el porcentaje de niños fue 16% del total de la muestra.
- En cuanto a los niños que practicaron el hábito con mayor frecuencia, 5 niños lo practican (todo el día) y 11 (una vez al día).
- En cuanto a la duración del hábito de succión digital, 5 niños lo practicaron (7 horas o más) y uno 1 (una hora).
- En cuanto al referimiento de los pediatras a los especialistas, todos indicaron referir los niños con este hábito al odontólogo, a excepción de uno que fue referido al cirujano maxilo facial.
- En cuanto al conocimiento de los padres acerca de las alteraciones que produce el hábito de succión digital en los niños; estos conocían de las consecuencias del hábito en la oclusión; esto corrobora la hipótesis de estudio la cual plantea que los padres de los niños con el hábito de succión digital en edades de 5 a 10 años que asisten a los consultorios pediátricos conocen las consecuencias de este hábito.

5.4. Recomendación

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda:

- A partir de este estudio se pueden realizar otras investigaciones en el sector público para poder contar con una población de estudio mayor, y así obtener una muestra significativa para resultados de la prevalencia de succión digital.
- Se sugiere llevar a cabo estudios a largo plazo en el que se evalúe también los cambios dentales y esqueléticos del hábito de succión digital en la oclusión de los niños.
- Realizar un estudio donde se relacione la prevalencia del hábito de succión digital con edad y género.

Referencias bibliográficas

1. Cadiz A, Díaz R, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*. 1999; 70(6): 1-9. Disponible en: <http://www.neomrb.com.br/arquivos/107.pdf>.
2. Lewis C, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics*. 2000; 106(84): 84 Disponible en: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/11099627/The_role_of_the_pediatrician_in_the_oral_health_of_children:_A_national_survey_.
3. Franco V, Gorritxo B. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. *Anales de Pediatría*. 2012; 77 (6): 374–380. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312001518>.
4. Ricardo M. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. *Medisan* . 2011; 15(2): 222. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_2_11/san12211.htm.
5. Nilaya R. Pediatricians views on primary preventive pediatric dental health care. *SRM Journal of Research in Dental Sciences*. 2010; 1 (2): 146-149. Disponible en: <http://www.srmjrd.in/article.asp?issn=0976433X;year=2010;volume=1;issue=2;spage=146;epage=149;aulast=Reddy;type=0>.
6. Pipa A, García P, López-Arranz E, González M, Pipa I, Acevedo A. Prevalencia de maloclusiones en relación con hábitos de succión digital no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Av. Odontoestomatol*. 2011; 27 (3): 137-145.

7. Murrieta-Pruneda J F, Allendelagua R I, Pérez L E, Juárez-López L A, Linares C, Meléndez AF et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Revista en internet] 2011. [citado octubre 23 del 2016]; 68(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462011000100004&lng=es.

8. Alemán PC, González D, Díaz L, Delgado Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol [Revista internet] 2007. [citado octubre 27 del 2016]; 44(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es.

9. Herrera D, Belmonte S, Herrera E. Alteraciones del desarrollo maxilofacial: Prevención de la maloclusión. Arch. argent. pediatr [Revista internet] 2006. [citado el 23 de mayo del 2017]; 104(1): 75-79. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000100014&lng=es.

10. Ramachandhra R, Saravanan R, Karthikeyan MK, Vishnuchandran C, Sudeepthi. Prevalencia de maloclusiones y necesidad de temprana de tratamiento ortodóntico en niños. Journal of Clinical and Diagnostic Research [Revista internet] 2014. [citado el 23 de mayo del 2017]; 8(5). Disponible en: [http://jcdr.net/articles/PDF/4394/8604_CE\(Ra\)_F\(P\)_PF1\(PAK\)_PFA\(P\)_PF2\(PAG\)_PF2\(PN\).pdf](http://jcdr.net/articles/PDF/4394/8604_CE(Ra)_F(P)_PF1(PAK)_PFA(P)_PF2(PAG)_PF2(PN).pdf).

11. Emerich K, Wojtaszech-Slominska A. Later orthodontic complications caused by risk factors observed in the early years of life. European Journal Of Pediatrics. 2010; 169(6). Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=22569253>.

12. Mora C, López R. Aparatología Ortodóntica y trastornos del lenguaje. Revista Cubana de Ortodoncia. 2001 Marzo; 16(1).
13. Proffit W, Fields H, Sarver D. Ortodoncia Contemporanea. En Diorki, editor. Madrid: Elsevier; 2008. 111-113.
14. Reyes V, Rivero M, Solana L, Iglesias I. Tratamiento del hábito de succión digital mediante hipnosis. Medimay [Revista internet] 2005. [citado 23 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/509>.
15. Hurtado C. Ortopedia maxilar integral. Bogotá, CO: Ecoe Ediciones, 2012. ProQuest ebrary; 2017. 93-95
16. Villavicencio J, Hernández, J. Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños. Bogotá, CO: Red Colombia Médica, 2006. ProQuest ebrary. Web; 2017.108-111
17. Real Academia Española [sede Web] año 2007 [citado 5 de abril del 2017]. Hábito. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Jvcxrlo>.
18. Diccionario Kapelusz de la lengua española. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1979: 792.
19. Diccionario enciclopedia Espasa 1. Hábito. 2da ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1985.
20. Ramos RL, Acosta IV, Giralt MQ, J, Díaz Q. Educational program in first and second level students with digital suction- hábito. [Revista internet] 2016. [citado 5 abril del 2017]; 6(1):2131. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58844/56413>

21. Reyes DE, Torres I, Quesada LM, Milá M, Labrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN [Revista en internet] 2014. [Citado 5 de abril del 2017]; 18 (5): 606-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es.
22. González M, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Rev Latinoam de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista en internet] 2012. [citado 5 de abril del 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28>.
23. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev Latinoam de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista internet] 2011. [citado 2 de abril del 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5>
24. Restrepo CC. Tratamiento de succión digital en niños. Rev.CES Odont [Revista en internet] 2009. [citado 20 de abril del 2017]; 22 (2): 67-75. Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=65483247&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeprM4v%2BbwOLCmr0%2Bep65Srqi4SbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGutUy2r65JuePfgex43zx>.
25. Reyes D, Rosales K, Roselló O, García M. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004 – 2005. Acta Odontológica Venezolana [Revista internet] 2005. [Citado 5 de abril del 2017]; 45 (3): 1-14. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/pdf/habitos_bucales_deformantes.pdf
26. Ahmadi S. La succión digital en niños, etiología, consecuencias dentales y psicológicas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana [Revista internet] 2015. [citado 5 abril del 2017]. Disponible en:

<http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewFile/1166/231>

27. Páez Y, Reyes V, Pérez K, Espasandin S. Hábito de succión digital en niños de escuelas primarias urbanasy una propuesta de intervención. Revista De Ciencias Médicas De La Habana [Revista internet] 2015. [Citado 5 de abril del 2017]; 21(2): 453-462. .Disponible en: MedicLatina.

28. Cisneros G, Falcón E, Padilla R, Blanco J. Hypnotherapy in 7-12 years children with digital suction. MEDISAN [Revista internet] 2015. [Citado 5 de abril del 2017]; 19(5): 609-618. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500006&lng=en.

29. Gill S, Naini B. Ortodoncia: principios y práctica. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno; 2013. 107-109

30. Urrieta E, López I, Quirós O, Farias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A [Revista en internet] 2006-2007. [citado 5 de abril del 2017] Disponible en: www.ortodoncia.ws.

Anexos

Anexo 1. Ficha de Consentimiento Informado del Estudio Investigativo: Prevalencia de Succión Digital en la práctica pediátrica en niños de 5 a 10 años de edad.

Explicación del Estudio:

En el tiempo presente, por medio de estudios actuales sobre el hábito de succión digital se ha demostrado que la práctica de este hábito, cuando se vuelve repetitivo y frecuente puede representar un riesgo de deformación progresiva de los maxilares que trae consigo un número de consecuencias médicas y psicológicas potenciales. Esto, claro está, cuando el hábito es practicado en edades no apropiadas del niño/a; Si su hijo/a esta en el rango de edades de 5 a 10 años de edad, es probable que la presencia de un hábito bucal como este, al estar presente, cause algún tipo de deformación en sus maxilares. En varios estudios se demuestra, dentro de la misma línea temática, que el pediatra medico de niños en estas edades, pueden desconocer muchas de las características que indican que este hábito está latente en el niño. Por esto, nuestro estudio se ha dedicado a identificar los niños que entren dentro de estos rangos de edades en las consultas pediátricas y aún no han dejado el hábito de succión digital a sabiendas o no de los riesgos que representa dentro de esta etapa de su niñez.

Términos del acuerdo:

Con la firma del responsable legal del infante en este documento, estará acordando que su hijo o hija podrá participar del estudio, y aparecerán sus imágenes en las presentaciones del estudio finalizado.

El estudio no contiene riesgo alguno, pues lo único que se requerirá es un simple llenado de un cuestionario dirigido a los padres de dichos participantes con información que será guardada confidencialmente con el único propósito de exponerlo en el trabajo de grado de los alumnos Cristal Rosario y Enovi Hidalgo, estudiantes de término de la carrera de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Yo _____, tutor legal del infante _____, he leído el documento completo y acepto los términos acordados del estudio, a llevar a cabo por los estudiantes.

Anexo 2. Cuestionario a los Tutores Legales de los participantes del Estudio.

“Prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años de edad que visitan consultas privadas de pediatras en el Distrito Nacional, periodo diciembre 2016-enero 2017”.

1. ¿Que figura representa usted en la vida del niño/a?
 - Padre
 - Madre
 - Otro
2. Nombre completo del Niño/a: _____
3. Edad del Niño/a: _____
4. ¿Ha notado si el niño/a en algún momento del día se chupa el dedo? SI NO
5. Cuanto tiempo ha durado el niño/a chupándose el dedo?
 - 5 años
 - 6 años
 - 7 – más años
6. ¿Con que frecuencia al día se chupa el dedo el niño/a?
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - Todo el día
7. ¿Cuánto tiempo dura el niño chupándose el dedo?
 - 1 hora
 - 2 horas
 - 4 horas
 - 6 horas
 - 7 horas o Más
8. ¿Conoce Ud. de las consecuencias de un hábito de succión digital en su niño después de este haber cumplido los 5 años? SI Cuales: _____ NO
9. ¿El pediatra del niño, ha propuesto alguna vez algún referimiento a estos especialistas?
 - Dentista
 - Terapista del Habla
 - Otorrinolaringologo
 - Cirujano Maxilofacial

Glosario

Afecciones: Enfermedad o alteración de un órgano o función del organismo.

Costumbre: es un hábito o tendencia adquirida por la práctica frecuente de un acto.

Conocimiento: facultad con la que se captan, se relacionan y forman las ideas.

Deglución atípica: consiste en la colocación inadecuada de la lengua en el movimiento de tragar el alimento.

Frecuencia: repetición mayor o menor de un suceso, es la magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o proceso periódico

Habito: costumbre o practica adquirida por frecuencia o repetición acto.

Intensidad: grado de fuerza o de energía con que se realiza una acción o se manifiesta un fenómeno, un sentimiento, etc.

Prevalencia: la prevalencia de una enfermedad es el número total de personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país.

Onicofagia: es un hábito compulsivo que se manifiesta en la que las personas se comen las uñas general mente los dedos de las manos.



Hoja de firmas para trabajo de grado:

“Prevalencia del hábito de succión digital en niños de 5 a 10 años de edad que visitan consultas privadas de pediatras en el Distrito Nacional, periodo enero 2017-abril 2017”

Sustentantes:

Cristal Rosario

Enovi Hidalgo

Asesor temático

Dr. Héctor Luis Rodríguez

Asesora metodológica

Dra. Sonya Stresse

Coordinadora del área

Dra. Francis González

Comité Científico

Dra. Guadalupe Silva

Comité Científico

Dra. Roció Romero

Director escuela de odontología

Dr. Rogelio Cordero