

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NORTE
MORÓN**

Título: Técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares.

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

Autora: Dra. Ilén de la Caridad Alemán Borroto.

Morón, 2020

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NORTE
MORÓN

Título: Técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL

Autora: Dra. Ilén de la Caridad Alemán Borroto.

Tutora: MSc. Dra. Mara Isabel Morales Pardo. Especialista de Primer y Segundo Grados en EGI. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas. Morón.

Asesora: MSc. Gizet de los Ángeles Del Toro Mosquera. Licenciada en Defectología. Especialista en Oligofrenopedagogía. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Profesor Auxiliar. Investigador agregado. Facultad de Ciencias Médicas. Morón.

Morón, 2020

PENSAMIENTO

El único modo de ponerle alas, a los
hombres, es haciendo que la enseñanza
científica vaya, como la savia en los árboles
de la raíz al tope de la educación.

José Martí.

DEDICATORIA

- A mis padres que con tanto anhelo han esperado este día.
- A mi esposo por su apoyo incondicional en la realización de mi especialidad.

AGRADECIMIENTOS

A todos los que de una forma u otra colaboraron en la realización de esta tesis. En especial quiero agradecer la colaboración y entrega incondicional de mi tutora Dra Mara Isabel Morales Pardo y de la MSc. Gizet de los Ángeles Del Toro Mosquera sin dudas mi gran asesora. Gracias por la paciencia, el interés y dedicación mostrada hacia esta investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre experimental con el objetivo de implementar técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares, pertenecientes a la escuela primaria José Martí del municipio Morón, en el período comprendido entre enero 2019 a enero 2020. El universo estuvo constituido por 99 niños y la muestra por 34 escolares que se les diagnosticó el hábito de succión digital y biberón y/o tete. En el estudio predominó el grupo de edades entre 4 a 5 años, el sexo femenino sobre el masculino y 19 escolares además del hábito de succión digital poseen hábitos de succión de biberón y/o tete. Las maloclusiones que más se evidenciaron fueron la mordida abierta anterior con diastema seguida por la mordida profunda. Se controló la variable estado nutricional por la posible relación entre ésta y la aparición del hábito, predominando los pacientes normopeso seguido del bajo peso. Las secuelas en los dedos que más se observaron fueron las callosidades y en algunos casos deformación del o los dedos, la mayoría comenzó con el hábito de los 3 a los 6 años aproximadamente. La implementación de técnicas afectivo participativas fue efectiva por la disminución significativa de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete, como resultado de la participación conjunta de los escolares, padres y educadores. Se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para modificar positivamente conocimientos, actitudes y prácticas.

Palabras Clave: hábitos bucales deformantes, succión digital

INDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1 - 5
Marco Teórico	6 - 22
Materiales y Métodos	23 - 28
Resultados y Discusión	29 - 40
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias Bibliográficas	43 - 48
Anexos	

INTRODUCCIÓN

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 de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, la masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos y funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser del dedo, biberón y/o tete o labio, la respiración bucal, interposición lingual en reposo y deglución infantil. (1)

Los hábitos compulsivos son aquellos que adquiere el niño por una fijación de tal manera, que acude a la práctica del hábito cuando siente su seguridad amenazada, dichos hábitos expresan necesidad emocional y cuando el niño lo realiza es para escudarse de la sociedad que lo rodea.

El recién nacido es capaz de realizar algunas funciones vitales como son: succión, deglución, respiración, que son acciones reflejas o acondicionadas, muchas de estas funciones se aprenden durante los primeros meses o años de vida, como son: la masticación, la fonación o la mímica. Estas son acciones reflejas condicionadas que se desarrollan a partir de otra no condicionadas. (2)

Los hábitos bucales son patrones neuromusculares de naturaleza muy compleja, que se aprenden; y se definen como "la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por la repetición frecuente del mismo"; con la característica que inicialmente puede ser un acto voluntario o consciente, y posteriormente se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.

Los hábitos bucales deformantes son aquellos que pueden producir interferencias en el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, y a consecuencia de ello, anomalías en la morfología y fisiología bucal. De acuerdo a la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. (3)

Según la forma, existen hábitos beneficiosos o funcionales y son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración y la deglución normal y por otra parte, los hábitos perjudiciales o nocivos resultan ser los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

Según el momento, existen hábitos clínicamente no significativos que se presentan en edades y momentos que, por no producir alteraciones y no requerir tratamiento, no se traducen en problemas clínicos y los hábitos clínicamente significativos que se presentan en edades y en un grado de severidad tal, que reclaman de su atención y tratamiento, por cuanto generan anomalías bucales ocasionalmente severas.

Según la frecuencia e intensidad existen hábitos no compulsivos que son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia y los hábitos compulsivos que es cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con el mismo, al extremo que acude a su práctica, cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad. Estos hábitos contribuyen al desarrollo de maloclusiones, porque producen la ruptura del equilibrio neuromuscular que se establece entre las fuerzas externas ejercidas de los músculos (buccinador y orbiculares) y las fuerzas internas mantenidas por la lengua. Por lo que se

considera necesaria la prevención, interrupción y tratamiento interceptivo precoz mediante su modificación. (4,5)

El hábito de succión es un reflejo innato que poseen todos los niños y que en mayor o menor medida se presenta en casi todos los lactantes y niños y que esta necesidad se puede satisfacer con la lactancia materna o artificial, pero en muchas ocasiones queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar de otra manera.

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o dos dedos (generalmente el pulgar) en cavidad oral. Es el más frecuente de los hábitos orales patológicos, que pueden presentar los niños y la mayoría de las veces implica una contracción activa de la musculatura perioral. (6)

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. Este hábito prolongado en el tiempo, puede llegar a producir alteraciones en el desarrollo de los maxilares y de los dientes, lo que se conoce como anomalías dentomaxilares. La severidad de esta anomalía va a depender de la frecuencia (cuantas veces al día succiona el dedo), la intensidad de la succión, el tiempo que dura (minutos u horas) y además de la posición del dedo dentro de la boca y de qué dedo (ya que no siempre es el dedo pulgar). (7)

La erradicación del hábito y la indicación del tratamiento, va a depender de la edad del niño, de la capacidad de cooperación tanto de parte del niño como de los padres, de la severidad del hábito y del daño que esté produciendo. Por lo que es recomendable acudir a un especialista para que evalúe y determine el plan de tratamiento a seguir. (8,9)

En el niño como futuro ente activo de la sociedad es de vital importancia la

tarea de fomentar su salud bucal y general. En Cuba se destinan los mayores esfuerzos a la prevención de las enfermedades, por lo que es importante eliminar una de las causas de las maloclusiones como son los hábitos deformantes. (6)

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo, razón por la cual la Estomatología debe ser cada vez más preventiva y educacional. La atención debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, privilegiada con respecto a otros grupos de edades. Dada esta situación surge una gran variedad de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el trabajo educativo. (7)

El primer y más importante pilar de la prevención en estomatología lo constituye la educación para la salud bucal. Como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta, que parte de la detección de sus necesidades de aprendizaje e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad.(8)

Tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquier hábito resulta una tarea compleja, por lo que la cooperación de los padres es considerada la llave para la eliminación satisfactoria de los mismos. La motivación de padre e hijo es fundamental. (9) Las enfermedades buco dentales son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad y una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea, pero sí se pueden prevenir. (7) Constituye un propósito y motivación rebasar los marcos de nuestras instituciones para inculcar en los niños, padres y educadores la importancia del auto cuidado, la formación de estilos de vida saludables desde edades tempranas y el papel que corresponde a cada individuo en la

preservación de su salud bucal y general.

Al Servicio Estomatológico de la escuela primaria José Martí del municipio de Morón acuden padres y maestros preocupados por la presencia de diferentes anomalías dentomaxilofaciales y la causa fundamental de muchas de estas es la presencia de hábitos bucales deformantes.

Por la frecuencia en que aparece, las deformaciones que produce en el aparato masticatorio, la implicación psíquica y por la posibilidad de tratamiento por el estomatólogo; los hábitos que ocupan este estudio son la succión digital, de biberón y/o tete, además de la no existencia de estudios precedentes sobre el tema en el área de salud, todo lo anterior motivó la realización de este estudio y se precisa como **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares?

Objetivo General: Implementar técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares, pertenecientes a la escuela primaria José Martí del municipio Morón.

Objetivos Específicos:

1-Argumentar los sustentos teóricos relacionados con los hábitos deformantes de succión digital, biberón y/o tete.

2-Distribuir la muestra según grupo de edades y sexo.

3-Diagnosticar en los escolares los hábitos de succión digital, biberón y/o tete, presencia de maloclusiones, estado nutricional, secuelas y etapa en la que adquirió el hábito.

4-Elaborar técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares.

Hipótesis: Si se implementan técnicas afectivo participativas, basadas en la persuasión, entonces es posible que se contribuya a la disminución de

los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares.

MARCO TEÓRICO

La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Según Patel y cols., plantearon que los efectos de los hábitos nocivos sobre la dentición dependen de la frecuencia, intensidad, duración, predisposición individual, edad y también de las condiciones de nutrición y salud del individuo. (10)

El chuparse los dedos constituye un comportamiento común reforzante y asociado al hecho de comer, en los primeros meses de vida del sujeto; sin embargo, esta conducta puede continuar en la niñez o adultez debido a sus asociaciones positivas. No se conoce a ciencia cierta el origen del hábito, pero sí que se trata de una conducta adquirida que generalmente proporciona al individuo una sensación tranquilizante ante una situación estresante o traumática y en algunos casos se presenta por causa de aprendizaje precario.

El biberón, mamadera, mamila o tetero es un recipiente que se utiliza para dar leche, agua y demás líquidos a los bebés o niños, que por su nivel de desarrollo psicomotor no puedan beber en un vaso. Los hay de diferentes volúmenes (de 100 ml, de 250 ml, etc.). El biberón se compone de un tubo, actualmente de plástico, y de una tapadera sellable herméticamente provista de una tetina flexible adaptable a la boca del infante, que tiene un agujero pequeño por cual el niño bebe, absorbiendo el líquido.

El funcionamiento del biberón aprovecha el instinto de succión que poseen los infantes desde la más tierna edad, y permite alimentarlos durante los lapsos en los cuales la madre no está disponible para proveerles su pecho. En algunos casos, el biberón provee de un sustituto al amamantamiento. Aunque en épocas recientes, la sustitución total de la leche materna es

desaconsejada por los pediatras, en principio porque la leche materna posee elementos necesarios para el desarrollo del sistema inmunitario del infante, así como la inferida relevancia del nexo emocional que se establece durante la lactancia entre la madre y su hijo, este también puede convertirse en hábito de succión y en la actualidad es común encontrar infantes que presentan este hábito de succión incluso hasta la pubertad.

El problema se presenta cuando deja de ser un hábito para constituir el resultado o la causa de un problema físico o psicológico. El caso de chupar dedo, biberón o tete puede asociarse con ansiedad grave, la cual se caracteriza por un estado emocional displacentero, de aprehensión y tensión, cuya causa generalmente es desconocida por el sujeto, esta tiene manifestaciones tanto físicas como psicológicas, logrando romper la homeostasis del sistema nervioso autónomo y la forma que tiene el sujeto de nivelar sus estado de ansiedad es introduciendo sus dedos a la boca y realizar la succión (11).

Se encuentran esencialmente dos formas de succión, la nutritiva y la no nutritiva, la forma nutritiva, la cual proporciona nutrientes esenciales; lactancia materna y alimentación con biberón y la forma no nutritiva, la succión digital y del chupete o tete. Partiendo de que los hábitos de succión no nutritiva son en su mayoría modificables, el conocimiento de cómo éstos contribuyen a la maloclusión es importante en la prevención las mismas.

En este hábito, se posiciona el pulgar u otros dedos dentro de la boca varias veces durante el día y la noche, ejerciendo una presión definida al succionar. Este hábito puede estar asociado con un desbalance psicológico del niño por una falta de atención de los padres, frustración, aburrimento, fatiga y hasta el ingreso de un nuevo integrante a la familia. También se 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. (12)

Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Por lo que si al año de edad, ha adoptado este hábito, es recomendable intentar sustituirlo por chupete.

En las sociedades primitivas sobre todo, el niño obtiene satisfacción mediante la succión no nutritiva del pezón materno y en nuestra sociedad este reflejo se satisface con la succión de chupón o de dedo.

En dentición primaria estos hábitos de succión tienen efectos escasos o nulos a largo plazo, pero si persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior, hundimiento palatino y un arco superior estrecho. (13)

La succión digital es un hábito frecuentemente deformante, que generalmente se inicia en el útero y continúa hasta los tres o cuatro años de edad considerándose normal por muchos autores. Cuando persiste más allá de estas edades, se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad, o un deseo de llamar la atención, que tiene repercusiones en el entorno social; causando alteraciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, produciendo problemas de masticación, habla y estética. Afectando su entorno social, ocasionando que el menor sea objeto de burlas, críticas, rechazo y castigo (14).

Los hábitos que son adquiridos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. En el crecimiento y desarrollo de los niños se identifican hábitos fisiológicos los cuales nacen con el

individuo como son los mecanismos de succión, movimientos corporales propios de la persona, la manera en que deglute y la respiración nasal.

Existen hábitos no fisiológicos, los cuales actúan de manera directa ejerciendo una fuerza perniciosa sobre las estructuras que encontramos en la cavidad oral como tejidos blandos, arcos y piezas dentarias; como: la succión digital, la deglución atípica, muy de la mano con un empuje lingual involuntario y la respiración bucal. Estos hábitos terminarían siendo la causa de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales e incluso, la retrusión o el prognatismo del maxilar o la mandíbula son consecuencias evidentes muy relacionadas con los malos hábitos adquiridos por los niños en su infancia. También se encuentra entre las causas de aparición del hábito la falta de atención de los padres hacia el niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. (10)

En un estudio realizado por Navas se descubrió que al aplicar una presión de 50 mg de forma continua sobre un diente en un periodo de 12 horas, provoca un desplazamiento considerable del mismo (15).

La succión digital muchas veces es considerada por los padres, maestros y profesionales de la salud, como socialmente indeseable; pero nunca se debe ridiculizar al niño. Sus efectos dentales, óseos y en tejidos blandos son los que se deben tener en cuenta para brindar tratamiento. Hay cambios en la posición de los dientes por la succión digital que varían dependiendo de la intensidad, duración, posición del dedo en la boca y frecuencia del hábito, de hecho, los tratamientos varían desde los procedimientos de modificación de comportamiento, monitoreo, reforzamiento positivo, uso de guantes, bandas adheridas al dedo, sustancias desagradables al gusto que se aplican sobre el dedo, uso de aparatología intraoral como rompe hábitos u ortodoncia, hasta tratamiento psicológico en algunos casos (16).

La succión digital puede verse a partir de la semana trece de gestación, el feto succiona los dedos de sus manos y de sus pies catalogándose como normal en cuanto al desarrollo neonatal, cuando nace, crece y el niño continúa con este hábito, empieza a desarrollar problemas dentofuncionales y estéticos. Se ha venido desarrollando diferentes formas de tratamiento, dentro de los cuales está la aparatología ortopédica, para lograr eliminar la succión digital pero según estudios, ésta se puede corregir con ayuda de los padres. Los padres tomando conciencia y poniendo en práctica los métodos correctivos descritos por varios autores, podrían lograr que su hijo abandone esa "costumbre" y evitar así alteraciones en su oclusión dental. (17)

El hábito de succión digital es un problema que siempre ha interesado a los profesionales de la salud por los efectos nocivos en la dentición y estructuras de soporte. Tienen un componente tanto social como psicológico y es el más común en los niños de Estados Unidos con un 46% de la población afectada. Aunque la frecuencia del hábito declina con la edad, se ha estimado que ocurre en uno de cada dos o tres bebés y niños preescolares y uno de cada cuatro preadolescentes (18).

Las posibles consecuencias del hábito de succión digital, plantean muchos inconvenientes en la salud dental de los niños desde muy temprana edad. De allí se genera la importancia del conocimiento de las causas y efectos así como del tratamiento adecuado y específico para cada paciente; no existe hasta ahora en la literatura ningún protocolo de manejo práctico para el hábito de succión digital ni un consenso sobre las consecuencias y las técnicas para dejar este problema mediante una guía práctica dirigida especialmente para padres utilizando métodos moderados.

Uno de los problemas más frecuentes en cuanto a cambios esqueléticos en los niños es la adquisición de malos hábitos orales, que perjudican su normal crecimiento, no obviando por completo el patrón genético de cada

persona. Existen tres grandes grupos para la clasificación de estos malos hábitos entre los cuales encontramos como primera medida los hábitos de succión. En este grupo se encuentra la succión digital (chupar dedo) que se evidencia en cualquiera de los dedos y en diferentes formas de succión de los mismos, la succión de la lengua, labios y por último el hábito del biberón, cuando este persiste después del primer año de vida. En el segundo grupo encontramos los hábitos de mordeduras y entendemos por esto morder cualquier objeto extraño, la onicofagia (comer uñas) y el bruxismo (apretar con gran fuerza y de manera inconsciente las estructuras dentales. Por último se encuentra otra clase de hábitos como la interposición lingual en reposo que es cuando se posiciona de manera inadecuada la lengua mientras no se está realizando ninguna función con ella, la respiración bucal y la deglución atípica.

En este trabajo se hace énfasis al mal hábito de la succión digital, biberón y/o tete el cual puede ser de varias formas, entre las cuales la más común es la succión digital del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical y dirigiéndolo hacia adelante ejerciendo una fuerza sobre los dientes anteriores superiores y a su vez dirigida hacia atrás ejerciendo una fuerza reciproca o de palanca sobre los dientes anteriores inferiores.

Otra forma de succión digital se evidencia al introducir dos o más dedos en la cavidad oral y succionarlos a la vez, cualquiera de la dos formas no muestra ninguna predilección por la mano empleada y en la mayoría de los casos esto es considerado normal y muy seguramente puede estar presente en más del cincuenta por ciento de los niños pequeños debido a que el infante comienza a presentar la succión digital o del dedo en su primer año de vida y suele continuar con el hábito hasta un poco más de los tres o cuatro años de edad. Otros autores dicen que el tiempo máximo de este hábito debe ser hasta los 3 años de edad que es cuando terminan de erupcionar los dientes temporales y empieza el proceso de oclusión, allí

el niño no necesitara succionar más; la no suspensión de este hábito se ha asociado al estrés, depresión, aburrimiento y cansancio que presenta el niño ya que con la succión digital de uno o más dedos el niño entra en un estado de tranquilidad y los induce al sueño (19,20).

La succión pasiva es decir, el introducir el dedo pulgar en la cavidad oral dejándolo descansar sobre la lengua sin ejercer ningún tipo de fuerza, no presenta el mismo problema que el niño que ejerce un tipo de succión sobre el mismo dedo, puesto a que en este segundo caso, la succión va acompañada de contracciones en toda la musculatura perioral. La posición del dedo es un factor influyente de igual forma, colocando el dorso del dedo pulgar sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar descansara sobre la lengua.

En cuanto a la intensidad del hábito, existe una mayor repercusión en los problemas esqueléticos si el niño realiza el hábito con más frecuencia, a un niño que mantenga su dedo en la cavidad oral de manera esporádica. El problema con este hábito radica en la persistencia del mismo después de finalizada esta edad, por lo que se debe suspender este hábito con diferentes alternativas dependiendo de la personalidad del niño y el compromiso de los padres puesto que en la mayoría de los casos se considera una falta de atención reflejada como un signo de ansiedad o inestabilidad emocional del niño y en un tiempo no mayor a la culminación del tercer o cuarto año debido a que si esta acción se realiza con prontitud, las repercusiones y consecuencias en las estructuras dentales y óseas del niño pueden ser mínimas y corregidas espontáneamente, de lo contrario puede traer repercusiones graves con correcciones esqueléticas de ortopedia y cirugía (21).

Entre los efectos bucales del hábito de succión digital podemos encontrar que las arcadas dentarias se estrechan con más intensidad en el sector anterior, debido a la posición del dedo en la boca. De igual forma la

estabilidad del hueso alveolar se verá perjudicada debido a la fuerza que se ejerce constantemente en este. Los dientes anterosuperiores se vestibularizan permitiendo una protrusión dentaria con presencia de diastemas. Debido a que el dedo pulgar se encuentra entre la arcada inferior y la superior, provocará también una mordida abierta anterior. El estrechamiento del paladar y la deglución atípica son causados de igual forma por la presencia del pulgar y la fuerza que este ejerce sobre los procesos alveolares y el obstáculo anterior que presenta la lengua para poder realizar la deglución.

En todo mal hábito en la vida existe necesariamente una causa, o un patrón para que dicho hábito este presente. El hábito de succión digital precede de varias causas, como lo son los altos niveles de desnutrición, los factores psicológicos intrafamiliares del hogar y la frustración oral. Esta última parece ser una de las causas más importantes y frecuentes para que un niño presente este hábito, debido a que la succión como tal satisface tres diferentes necesidades del organismo en desarrollo entre las cuales encontramos: Primero la obtención del alimento, por medio de la boca el ser humano se alimenta normalmente, en donde el hambre presenta un incontrolable reflejo de succión. Por otra parte encontramos la estimulación refleja del sistema respiratorio donde encontramos una comunicación oro antral en la parte del esófago. Por último la capacidad refleja al estímulo táctil que parece ser tan necesario para el desarrollo progresivo de las facultades asociativas así como la nutrición para el desarrollo del tejido orgánico (22).

El sistema estomatognático en recién nacidos no solamente sirve para satisfacer el hambre o la necesidad de alimentarse, sino por el contrario también sirve en ocasiones para satisfacer la necesidad psicológica de contacto. Es por esto que el órgano más importante en el desarrollo del recién nacido por un largo tiempo es la boca, no solamente para la

nutrición sino que juega un papel muy importante en la satisfacción en el momento de la succión. No obstante la succión digital representa un factor importante en la infancia temprana ya que se encuentra entre las tendencias básicas de un niño normal en desarrollo y el manejo inadecuado de este mal hábito podría desencadenar una serie de deformidades en los patrones fundamentales de actuación lo que puede llevar a complicaciones en el desarrollo armónico de la personalidad en la etapa de la infancia (23).

Por frustración oral o estimulación oral inadecuada entendemos hambre y alimentación inadecuadas, como también alteraciones en la frecuencia de alimentación que repercute en una falta de ejercicio de succión por lo que algunas madres de familia fuerzan al niño a mamar satisfaciendo el hambre por encima de su necesidad de succión. Debido a todo lo anteriormente mencionado, un niño que es estimulado de forma inadecuada y al cual no se le estimula su necesidad de succión de manera adecuada terminará satisfaciendo esta necesidad con la succión del dedo pulgar o cualquier otro dedo (21, 23).

Por otra parte no existe una etiología exacta acerca del por que los niños presentan el hábito de succión digital, aunque aquellos que presentan factores constitucionales de personalidad son más propensos a presentarlo que los que no. De lo que se puede concluir que niños con tendencia sumisa son más propensos a presentar este mal hábito que los niños agresivos a los cuales no se les produce mucha tensión oral (24).

Existen diferentes consecuencias si el hábito de succión digital no se trata a tiempo y por el contrario se permite al niño continuar con éste después de la edad de 2 años, principalmente por la posición baja de la lengua, la cual deja de ejercer presión en el paladar y la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir al mismo, sumándole también la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias, todo esto

provocando una mordida anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión ejercida por la mano y el brazo al momento del hábito. Las malformaciones y deformidades dentales y esqueléticas también dependen del tipo de succión digital que el niño presente y de la etapa en la que éste se encuentre.

Son tres etapas que presenta el hábito de succión digital. En la primera o etapa 1 se presenta una succión digital normal, la cual no es muy significativa desde el punto de vista clínico que va desde el nacimiento hasta los tres años de edad aproximadamente y la presentan del 50% al 87% de los niños, el hábito comienza en las primeras horas de vida y el 90% de los niños presentan predisposición de chuparse cualquier parte de la mano, o se presenta también en la época del destete que en el mejor de los casos el hábito se resuelve de forma natural.

En la segunda etapa se evidencia una succión digital del pulgar clínicamente significativa la cual va desde los 3 a los 7 años de edad aproximadamente e indica una posible ansiedad del niño, ésta etapa es la mejor época para tratar los problemas dento-esqueléticos relacionados con este hábito debido a que el niño está en pleno crecimiento y sus huesos apenas se están desarrollando, previniendo malformaciones futuras y correcciones ortognáticas traumáticas para el infante.

La tercera etapa es cuando el hábito no ha sido tratado y persiste en el niño, lo cual puede ser la comprobación de otros problemas esqueléticos y fonéticos además de una simple maloclusión, en esta etapa se requieren tratamientos ortodónticos y psicológicos para tratar este hábito (25).

Una vez descritas las consecuencias relacionadas con las etapas del hábito de succión digital, es importante evidenciar las repercusiones y problemas dependiendo de la clase de succión digital que el niño presente.

En la succión del pulgar los músculos activos tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral, la mandíbula se deprime creando un espacio intraoral más amplio y proporcionando una mordida abierta.

Entre los principales efectos negativos del hábito de succión digital encontramos la mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, debido a esto la dimensión vertical aumentada, mordidas cruzadas posteriores unilateral o bilateral, estrechamiento de la arcada superior en consecuencia a la hiperactividad y el vacío producido por el músculo buccinador, linguoversión de los incisivos inferiores y por último protrusión de los incisivos superiores; además de las malformaciones esqueléticas que trae consigo la prevalencia de este mal hábito si no se trata a tiempo.

Una mordida abierta anterior es la maloclusión más frecuente. La vestibuloverción de los incisivos superiores de los dientes superiores anteriores se verá sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar.

La retracción mandibular postural puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito. Al mismo tiempo, los incisivos inferiores pueden ser inclinados hacia lingual.

Cuando los incisivos superiores han sido vestibularizados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse al deglutir para efectuar un cierre anterior, así un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital.

El simple empuje lingual no causa la mordida abierta, se trata de una posición lingual anormal adaptativa durante la deglución. Al realizar la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en y alrededor del complejo maxilar superior, a

menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento.

Por lo tanto, puede encontrarse que los chupadores de pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser levantado por elevaciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución. Estas contracciones musculares anormales durante la succión y la deglución, estabilizan la deformación. Algunas maloclusiones que surgen de hábitos de succión pueden ser autocorrectivas al cesar el hábito (26,27).

La succión del chupón o tete, suele suprimirse espontáneamente o con poco esfuerzo hacia los cuatro años mientras que el del dedo es difícil que cese de igual manera.

Los niños menores de 2 años inhiben el crecimiento de los procesos alveolares provocando mordida abierta. (14)

Cuando los hábitos bucales no son correctos se altera el normal desarrollo facial, se producen deformaciones óseas y musculares y cuando se repiten desde edades tempranas provocan un crecimiento deficiente. Es por ello que se requiere de una adecuada atención para evitar en la adolescencia y adultez problemas orgánicos y de repercusión psicológica que tienen su origen en las primeras etapas de la vida.

Para contraer buenos hábitos bucales desde el umbral de la vida, los niños requieren de la asesoría de padres y familia. Conocer las ventajas de establecer hábitos correctos es el primer paso para evitarlos. La higiene en general y la bucal en particular es lo primero que se debe enseñar al niño. Ello se traduce no solo en el adecuado y sistemático cepillado de los dientes, sino en mantener hábitos dietéticos saludables. (17)

En 2007, encuestas realizadas en Cuba revelaron que el 68,15% de los

niños presentaron hábitos deformantes, otros estudios realizados en el centro escolar 26 de julio en Santiago de Cuba en niños de 6 años de edad aportó datos alarmantes de maloclusión 71,3% y el 28,5% de estos escolares eran succionadores digitales.(6,19) Estudios realizados en el 2007 en la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, en Perú constataron que la prevalencia de pacientes con este hábito fue de 64,7% en edades de 7 a 8 años obteniendo las niñas el mayor porcentaje con un 35,29% y los niños con un 29,41%. (25)

Recientemente en el año 2013 investigaciones realizadas en la Universidad de San Gregorio de Portoviejo de la carrera de Odontología arrojaron que el 45% de los escolares de cuarto y quinto grado presentaron hábito de succión del pulgar. Por tales razones es de suma importancia que se incluyan medidas educativas y terapéuticas para eliminar dicho hábito y también deben realizarse acciones que permitan que el Estomatólogo General Integral pueda controlar este problema de salud y evitar con ello que la población infantil presente alteraciones más severas en los dientes permanentes. (23)

Entre los posibles tratamientos terapéuticos para corregir o detener la continuación de los malos hábitos bucales se encontró como primera medida, los tratamientos conductuales donde se aplica un refuerzo diferencial, técnicas aversivas como las sustancias líquidas de mal sabor impregnadas en los dedos del niño, para que así este sienta un rechazo al momento de introducir su dedo en la boca. Las técnicas de prevención de respuesta como lo son ciertos aparatos donde el niño no puede doblar el codo y así evitar que pueda llevar su dedo a la boca, uso de guantes y el cosido de las mangas también son útiles a la hora de evitar o erradicar este mal hábito bucal. (29)

De igual forma existen los dispositivos ortodónticos fijos o extraíbles los cuales presentan diferentes diseños. Uno de los más comunes es la rejilla

lingual, utilizada como un bloqueo u obstáculo para que el niño al introducir su dedo en la boca lo haga de una forma pasiva, sin que pueda realizar ninguna fuerza significativa que altere las piezas dentarias ni las estructuras óseas.

Por último está la terapia multifuncional la cual incluye un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado existente en algunos pacientes con hábito de succión digital. (30)

No obstante, se debe tener en cuenta que la mala corrección del hábito de la succión digital como lo son las malas palabras, regaños, o utilización de la fuerza física no solo no sirven para corregir este problema, sino pueden causar un apego más a esta conducta y hacerla más fuerte y marcada. Cualquier método implementado para la corrección de este hábito, conlleva un gran esfuerzo y paciencia no solo del niño sino de sus padres, ya que la etiopatología de este hábito no ha sido descubierta a ciencia cierta, pero si muestra una alta correlación en la ansiedad y la inseguridad del paciente por problemas de estrés y desequilibrio emocional que se manifiesta de manera repetitiva en su hogar.

Una de las especialidades de la Odontología es la Odontopediatría, en la cual se pueden detectar diferentes problemas a tiempo, para que no repercutan a largo plazo en las estructuras dentales y anatómicas de los pacientes adultos y poder tratarlas desde temprana edad para evitar complicaciones posteriores (29).

Al hablar de soluciones encontramos una gran variedad de planes de tratamientos. Se ha observado que los padres recurren principalmente a técnicas caseras tales como envolver el dedo en cinta, colocarle un guante al dormir, aplicarle un producto con sabor desagradable al dedo de succión, entre otros. En los años 90 se empezaron a utilizar métodos psicológicos iniciando con charlas, pasando a dibujos, canciones, videos y la sugestión en hipnosis que ha servido finalmente para erradicar

totalmente este problema en tan solo 6 meses, en otros trabajos se ha evidenciado que cada odontólogo debe tener dentro de su formación una parte psicológica para que pueda guiar a los padres y al paciente hacia una especialidad fuera de su área o para que le dé un plan de tratamiento adecuado e ideal si es de origen odontológico. El éxito está en descubrir el motivo real por el cual el niño no ha suspendido su hábito; algunos niños lo suspenden sin la necesidad de utilizar aparatología, por lo contrario otros sí la necesitan, muestran resultados en tres meses y a los 5 meses se les retira. (31)

La literatura habla de diversos tratamientos para reducir o en algunos casos poder eliminar el hábito de succión digital. Uno de los tratamientos clínicos considerado como el más efectivo es entonces la rejilla lingual en alambre calibre 0,9mm, la cual se cementa en la parte superior pegada al paladar. El diseño y la creación de este aparato se hizo con el fin de romper la cadena de asociaciones con la graficación táctil de la succión del dedo en contacto con el paladar, además de cumplir con su segunda función la cual es impedir la protrusión de la lengua y el empuje de la misma sobre los incisivos superiores en el momento de la deglución.

Este tipo de tratamiento es considerado conductual ya que funciona como un recordatorio para que el paciente deje de ejercer la parafunción.

Por otra parte y dependiendo de la capacidad cognitiva del niño y de su edad, se puede llegar a una comunicación verbal con un vocabulario adecuado explicándole al infante los daños que produciría la persistencia de éste hábito y persuadirlo para que lo deje, o en dado caso a disminuir su frecuencia. Existe a su vez una terapia Mio-Funcional, en donde se favorece el tono de la musculatura ya sea intra o extraoralmente por flacidez o tensión de la misma, o con disociación de movimientos de las estructuras orales.

Se debe tener en cuenta que la presencia de este hábito obedece también a familias disfuncionales, lo cual nos permite implementar tratamientos psicológicos como lo son el refuerzo positivo en donde se premia al niño los días en los que no incide en este hábito. También se puede implementar un refuerzo activo, bloqueando de manera directa el dedo que succiona poniendo un guante o un aislante que no le permita al niño realizar el hábito o simplemente retirando los objetos que hayan sido utilizados para realizarlo como por ejemplo, una cobija.

El tratamiento se debería iniciar a partir de los 3 años, por dos razones:

- 1) Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- 2) Es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

Es sensato iniciar una discusión del problema con el niño solo. No se deben utilizar amenazas, ni avergonzarlo. Se debe utilizar esta primera discusión para conocerlo y mostrarle los métodos disponibles para la corrección del hábito.

Se han obtenido excelentes resultados por el uso de una tarjeta que se entrega al niño para que anote cada mañana si el dedo fue chupado durante la noche. Se trazan dos columnas SÍ y NO y se marcan con los signos + -. Se hace una cita para que el niño regrese en dos semanas, y traiga la tarjeta. Se le habrá dicho que puede chuparse su pulgar, pero que debe llevar el control para que se pueda conocer la gravedad del hábito. Hay que enseñarle que un adulto está interesado en él y que puede hablar de la succión sin burlarse o avergonzarlo.

Una cantidad sorprendente de niños controlarán ellos mismos el hábito con este programa. Puede variarse un poco utilizando banditas plásticas en el dedo, para que el niño (no el padre) se las coloque en la noche, como recordatorio de que el pulgar va fuera de la boca. Y aun cuando sea necesario recurrir al aparato, el niño está psicológicamente listo para él.

Si la succión del pulgar permanece después del cuarto año, el próximo paso es la consulta con el médico de la familia, con un psicólogo clínico competente, o con un siquiatra. Habitualmente, no se colocan aparatos hasta que todos los problemas del niño están definidos y la succión del pulgar se ve con la perspectiva correcta. (32)

También se menciona como otra opción aparte de la psicológica y con aparatos ortodónticos, la farmacológica, en la cual se hace utilización de sedantes complementados con tratamiento genérico de los trastornos obsesivos-compulsivos. Sin embargo se debe tomar en cuenta que este tipo de fármacos no están recomendados en niños de corta edad cuando no son necesarios, por ser imprevisibles sus efectos secundarios sobre el crecimiento y el desarrollo, además de tratamientos alternativos como la terapia Floral de Bach aplicada en niños con hábito de succión digital, así como técnicas de relajación. (33,34)

La prevención debe ser la mejor ruta para evitar el desarrollo de problemas inducidos por la succión digital. El profesional debe informar y enseñar a los padres de familia sobre como favorecer el crecimiento y desarrollo, prevenir enfermedades a su edad y la adopción de un estilo de vida más sano, aprovechando que están en una etapa de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre experimental con el objetivo de implementar técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares, pertenecientes a la escuela primaria José Martí del municipio Morón, en el período comprendido entre enero 2019 a enero 2020.

El universo estuvo constituido por 99 niños que constituyen el total de la matrícula de los grados pertenecientes al primer ciclo de la escuela primaria José Martí del municipio Morón y la muestra por 34 escolares de este ciclo a los que se le diagnosticaron hábitos de succión digital, biberón y/o tete, utilizándose como técnica estadística para la selección de la muestra el muestreo no probabilístico intencional.

Se determinaron y tuvieron en cuenta para la selección de la muestra los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1-Escolares que presentaron hábitos de succión digital, biberón y/o tete y contaron con el consentimiento de padres o tutores para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

1-Escolares que sean trasladados a otro centro escolar.

2-Escolares que deseen abandonar el estudio.

La investigación se realizó en tres etapas, en una primera etapa de diagnóstico la muestra se distribuyó según grupo de edades, sexo y estado nutricional. Se realizó el examen clínico utilizando luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales para diagnosticar la presencia de maloclusiones. También se tuvo en cuenta a través de la entrevista lo que refirieron los niños, así como el tiempo de la práctica de los hábitos deformantes, por último se realizó un examen de los dedos para detectar secuelas en los dedos.

Para detectar los succionadores de tete y de biberón se realizó una entrevista a los niños y se corrobora por las características clínicas que pudieran estar presentes en los niños a través de la observación.

En una segunda etapa del estudio se procedió a la elaboración de técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en niños de edad escolar y su implementación al cual se incorporaron los escolares. Anexo 6.

En la tercera y última etapa se evaluaron los cambios de comportamiento en relación con la disminución, abandono o mantenimiento de los hábitos, basado en la observación de los niños en sus horarios de descanso en la escuela, así como del resultado de una entrevista final a los niños, la presencia de los hábitos de succión se evaluó como disminuido, mantenido o eliminado.

Las técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital en niños de edad escolar se realizaron en diez encuentros para los niños, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos para que fuera amena y no se fatigaran, con una frecuencia semanal.

Se coordinó con la dirección de la escuela para el uso de un aula y el horario para las actividades pues se realizó en horario extra clase.

Se dice que las técnicas afectivas participativas están basadas en la persuasión porque se utiliza este mecanismo de la comunicación para transmitir los mensajes.

Se implementaron las técnicas afectivo participativas basadas en la persuasión o convencimiento racional que no es más que el mecanismo de la comunicación que permite convencer, pero a través de argumentos que hagan cambiar al individuo de conducta, se logra a través de una influencia mutua. La intención es que un sujeto modifique su forma de pensar o sus conductas, para lo cual es necesario incidir en él a través de

sus sentimientos o suministrándole cierta información que, hasta el momento, desconocía.

Puede decirse que la persuasión es lo contrario a la coacción o a la imposición. Mientras que la persuasión se logra sugiriendo cosas, la coacción y la imposición se consiguen por la fuerza. Esto quiere decir que una persona, al ser persuadida, actuará como el otro pretende pero por sus propios medios, sin el temor a una reacción violenta o represiva.

La práctica de una comunicación persuasiva favorecerá el camino a una nueva acción: un cambio de actitud.

Principales variables de medición de respuesta:

Variable Independiente: Técnicas afectivo participativas. Son instrumentos que se utilizan en determinados procesos ya sean informativos, consultivos o de toma de decisiones y se aplican para adquirir conocimientos partiendo siempre de la práctica. (35)

Variable Dependiente: disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares.

1-Grupo de edades. (Cuantitativa continua)

1.1-De 4 a 5 años.

1.2-De 6 a 7 años.

1.3-De 8 a 10 años.

2-Sexo. (Cualitativa nominal dicotómica)

2.1-Femenino.

2.2-Masculino.

3-Hábitos de succión. (Cualitativa nominal dicotómica)

3.1- Succión digital.

3.2-Succión de biberón

3.3-Succion de tete.

4-Presencia de Maloclusiones. (Cualitativa nominal politómica)

4.1- Mordida abierta anterior y diastema.

4.2- Mordida cruzada unilateral.

4.3- Mordida cruzada bilateral.

4.4- Mordida profunda.

4.5- No presentan maloclusión.

5- Estado nutricional. (Cualitativa nominal politómica)

5.1-Normopeso.

5.2-Bajo peso.

5.3-Sobre peso.

5.4-Obeso.

6- Secuelas del dedo. (Cualitativa nominal politómica)

6.1- Callosidades.

6.2- Isquemias.

6.3- Ampollas.

6.4- Hematomas.

6.5- Infección por hongo en el o los dedos.

6.6- Deformación del o los dedos.

6.7- Sin secuelas.

7- Etapa en la que los pacientes practican el hábito de succión.

(Cualitativa nominal politómica)

7.1- Antes de los 3 años.

7.2- De los 3 a los 6 años

7.3- De 7 años en lo adelante.

8-Evaluación de la implementación de las técnicas afectivas participativas. (Cualitativa nominal dicotómica)

8.1-Disminuido.

8.2-Mantenido.

8.3-Eliminado.

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió estudiar el surgimiento de los hábitos bucales deformantes específicamente el de succión digital, de biberón y/o desde la antigüedad hasta la actualidad.

Análisis-síntesis: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Sistémico – Estructural – Funcional: se utilizó en la elaboración del sistema de técnicas afectivo participativas, favoreciendo una posterior puesta en práctica.

Métodos empíricos:

Revisión Documental: se utilizó para extraer datos de los pacientes de las historias clínicas individuales. Las historias clínicas individuales constituyen un documento médico legal el cual tiene la función de recopilar datos importantes para llegar a un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado para el individuo, proporcionando a la investigación con información que confirmará la exactitud del método como lo son la edad, el sexo, presencia del hábito y estado nutricional de cada paciente, para lo cual se elaboró el instrumento de guía de revisión de historias clínicas anexo 2.

Observación: se utilizó para realizar el examen clínico y determinar presencia de maloclusiones, el examen a las manos para determinar secuelas en los dedos y evaluar el abandono o mantenimiento del hábito de succión. Se utilizó la luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales. Para ello se elaboraron las guías de observación. Anexos 3 y 4.

Entrevista: Se aplicó a los niños para determinar la presencia de la succión digital, biberón y/o tete, así como la etapa en la que comenzaron con este hábito. Se elaboró la guía de entrevista, anexo 5.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se expresarán en porcentos y la comunicación de los resultados del estudio se realizó a través de tablas.

Aspectos éticos

La participación de los niños en la investigación dependerá del consentimiento informado dado por los padres o tutores legales. A los padres responsables en el desarrollo de la investigación se les entregó información veraz acerca de los objetivos de la misma.

Tanto el consentimiento escrito como oral por parte de quienes están al frente del cuidado de la población fue desarrollado en un modelo (ver anexo 1). Los resultados obtenidos se manejaron con discreción y total confidencialidad, utilizándose únicamente con fines investigativos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares según grupo de edades, pertenecientes a la escuela primaria José Martí del municipio Morón, en el período comprendido entre enero 2019 a enero 2020.

Fuente: Historia clínica

Grupo de edades	No	%
De 4 a 5 años	15	44.1
De 6 a 7 años	11	32.4
De 8 a 10 años	8	23.5
Total	34	100

En la tabla 1 se presenta la distribución de pacientes según grupo de edades y hábitos de succión digital, biberón y/o tete predominando el grupo de 4 a 5 años en el 44.1% de los casos, seguido del grupo de 6 a 7 años en el 32.4% de los casos y el grupo de 8 a 10 años en el 23.5%.

Aunque muchos niños abandonan este hábito alrededor de los tres años de edad, otros en edades posteriores buscan la succión del dedo, casi siempre el dedo pulgar, biberón y/o tete, como método para autosatisfacerse, vencer el aburrimiento o buscar el sueño, esta costumbre va disminuyendo progresivamente con la edad; a los once años de edad puede persistir hasta en el 16% de los niños y es rara a partir de los quince años.

Estudios realizados en Cuba y países Latinoamericanos lo confirman existiendo coincidencias entre sus resultados y los de esta investigación.

Graber sostiene que la eliminación del hábito de succión se debe realizar a los 3 años. Es ineludible que se tomen medidas preventivas para evitar o disminuir el efecto negativo que producen los hábitos bucales deformantes sobre la oclusión y a la inevitable afectación de las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas por lo que los mismos del punto de vista ortodóntico merecen atención profesional siempre que se manifiesten o perduren por encima de los 5 años, dada su repercusión sobre la

oclusión siendo de suma importancia la intervención a tiempo para disminuir los daños o mejorarlos y lograr una sonrisa feliz. (36)

Tabla 2. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete según sexo.

Sexo	No	%
Femenino	19	55.8
Masculino	15	44.2
Total	34	100

Fuente: Historia clínica

En la tabla 2 se muestra la distribución de pacientes según sexo, predominando en el estudio el sexo femenino 19 para un 55.8% sobre el masculino, 15 para un 44.2%.

Predominaron en este estudio las féminas, como portadoras de hábitos de succión digital, biberón y/o tete, resultados que coinciden con la literatura consultada.

La mayor susceptibilidad según Montiel, puede plantearse alrededor de las diferentes educaciones sexistas que se dan como norma y necesidad, donde a las mujeres se les somete a mayor presión y supresión social, además de que existen factores etiológicos que provocan malos hábitos tales como conflictos familiares, celos, ansiedad y presión escolar.(37)

Estos resultados constituyen un reto para el Estomatólogo General Integral (E.G.I) en la atención primaria de salud pues juega un papel decisivo, porque tiene que desarrollar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos establecidos para lograr la recuperación de la salud bucal en esta población infantil. La detección ha de efectuarse de forma precoz para evitar o limitar el desequilibrio entre los diferentes componentes del aparato estomatognático.

Tabla 3. Distribución de escolares según presencia de hábitos de succión digital, biberón y/o tete.

Hábitos de succión	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
Succión digital	19	55.8	15	44.2
Succión de tete	4	11.7	2	5.9
Succión de biberón	9	26.5	6	17.6

Fuente: Historia Clínica y Entrevista

En la tabla 3 se aprecia la distribución de pacientes según presencia de hábitos de succión digital, biberón y tete, 19 féminas poseen el hábito de succión digital, 4 que representan el 11.7% succionan tete y además en 9 de ellas, para un 26.5%, concomitan estos hábitos con el hábito de succión del biberón ,o sea que poseen los dos hábitos y de los 15 pertenecientes al sexo masculino que poseen hábitos de succión digital, 6 de ellos, para un 17.6%, también succionan biberón y solo 2 de ellos tete para un 5.9%.

Estudios recientes apuntan que un hábito como el de chuparse el pulgar, ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (6 horas diarias o más), podría llegar a desplazarlos. El efecto de la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre los mismos, sino del tiempo de actuación del hábito.

El chupete podría definirse como un artículo que el niño succiona, pero del que no extrae ningún fluido; puede construirse con distintos materiales y diseños diferentes, aunque existe una serie de recomendaciones de distintos organismos sobre cómo deberían ser este tipo de objetos. (8)

Al referirnos a la succión del tete, muy común en edades tempranas, citamos que en la Universidad Médica de Georgia se encontró que el uso del tete podía causar efectos negativos como resalte y sobrepase aumentados y posibilidad de mordida cruzada posterior. (10)

Actualmente está admitido casi por la totalidad de los autores el hecho de que la succión digital prolongada es uno de los principales condicionantes de síndromes de clase II primera división, que tiene gran influencia en la aparición del escalón distal patológico al nivel de los segundos molares temporales en edades tempranas. (6)

De acuerdo a la investigación realizada por Rivas, este autor plantea que la succión digital es un comportamiento común en niños que ha sido reportado en estudios científicos desde hace varios siglos y consiste en succionar uno o varios dedos de una o ambas manos. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. Este estudio reveló que más de la mitad de los escolares succionadores digitales también succionan tete y/o biberón siendo más común el biberón que, aunque es menos dañino que el dedo para la estructura bucal porque es más blando, también puede producir deformaciones en la boca. (38)

Quedó demostrado en varias investigaciones que los niños que presentan succión enérgica del tete y chupeteo del dedo por largos períodos, incluso cuando juegan pueden provocar maloclusiones.

Fernández halló en su estudio que estos hábitos estaban presentes durante el crecimiento del niño, y que ejercen su influencia en el desarrollo de los maxilares y la dentición. De mantenerse el hábito, existe la posibilidad de la aparición de un gran número de anomalías dentomaxilofaciales; si se actúa tempranamente sobre los diferentes tejidos se limitará el agravamiento de las manifestaciones clínicas en el futuro y por tanto, disminuirán las anomalías. (39)

Como se puede apreciar ya en estas edades, el hábito alcanza valores clínicamente elevados, lo que requiere de la vinculación del E.G.I y en ocasiones se deben remitir estos casos al psicólogo, para dar resolutivez inicialmente a las causas psicógenas que pueden provocar el hábito y

luego actuar sobre éste y las anomalías que pudieran presentar estos niños.

Tabla 4. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete según presencia de maloclusiones.

Maloclusiones	No	%
Mordida abierta anterior y diastema	16	47.2
Mordida cruzada unilateral	-	-
Mordida cruzada bilateral	-	-
Mordida profunda	7	20.5
No presentan maloclusión	11	32.3
Total	34	100

Fuente: Observación

La tabla 4 expone la distribución de pacientes según presencia de maloclusiones, 11 pacientes que representa el 32.3% no presentan maloclusiones, 16 para un 47.2 % presentan mordida abierta anterior y diastema, sólo 7 (20.5%) mordida profunda.

Trabajos realizados en Cuba recientemente coinciden con los resultados de este estudio, Macías plantea que entre los factores extrínsecos que causan la maloclusión, los hábitos de succión son los más nocivos, pues ejercen una acción perjudicial al sistema estomatognático, provocando alteraciones en el patrón normal de crecimiento óseo, malposiciones dentarias, desórdenes fisiológicos de la fonación y respiración.

Por otra parte, agravan la maloclusión tornando más difícil el tratamiento y la contención. No se puede olvidar también que la forma y la función deben estar siempre juntas, porque una corrección ortodóncica podrá ser mantenida, si la oclusión alcanzada al final del tratamiento se encuentra en equilibrio con la musculatura del paciente. (40)

La literatura expresa en cuanto al hábito de succión digital, que aunque casi todos los niños tienen actividad succionadora sin intenciones

alimenticias, el hábito mantenido de chuparse el dedo puede dar lugar a maloclusión. Como norma general, los hábitos de succión durante los años de la dentición primaria tienen a largo plazo efectos escasos o nulos. Sin embargo, si dichos hábitos persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior y un arco superior estrecho, lo que facilita, a su vez, la instauración del hábito de deglución infantil o lengua protráctil.

El uso prolongado de chupetes y biberones produce estrechamiento del maxilar (micrognatismo) y prognatismo alveolar superior. Debe prohibirse el uso de chupetes, que son además muy antihigiénicos en cuanto a la salud general, y no prolongar el uso del biberón más de un año en la lactancia artificial. De acuerdo con estos criterios, se pudiera pensar en una posible relación entre los hábitos bucales deformantes y el estado nutricional de los pacientes. (25)

Tabla 5. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete según estado nutricional.

Estado nutricional	No	%
Normopeso	13	38.2
Bajo peso	12	35.2
Sobrepeso	3	0.9
Obeso	6	17.6
Total	34	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 5 se muestra el estado nutricional de los pacientes encontrándose el mayor porcentaje 38.2 en los normopeso, seguido por los bajo peso en el 35.2% de los casos, éstos principalmente son escolares de los primeros grados en su mayoría, sólo 6 obesos lo que representa el

17.6% y el 0.9% sobrepeso.

El proceso nutritivo comienza con la concepción misma. El recambio materno fetal de nutrientes y energía, constituye la garantía fundamental de un crecimiento y desarrollo normal en la etapa pre-natal, y es un buen punto de partida para el recién nacido en la etapa pos-natal.

Algunos autores plantean que la Nutrición es la ciencia que estudia los nutrientes, así como las necesidades de aprovechamiento de estos por el hombre. (41)

La malnutrición tiene gran repercusión en el desarrollo físico general del niño porque puede producir retraso mental, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo de los centros motores, trastornos en la lectura y el aprendizaje, así como múltiples daños, como son la instauración de hábitos nocivos e inadecuados, entre ellos la succión digital y el uso biberón y/ tete.

Referente al hábito de succión digital, se ha considerado que, su etiología es multicausal. Entre estas causas se pueden mencionar la insatisfacción alimentaria, tensiones, conflictos emocionales insuperables, prolongación de la lactancia y sin restricción, inducción paterna para tranquilizar al niño, entre otras; quizás la aparición de una de estas causas o la combinación de ellas influyeron en los resultados obtenidos.

En cuanto al hábito del uso del biberón, esto pudiera estar acarreado, al hecho de reforzar la alimentación del niño mediante el biberón, teniendo en cuenta que el acto de alimentar a estos niños inapetentes se vuelve con frecuencia un escenario dramático, que tanto social como emocionalmente afecta psicológicamente al infante, siendo este un factor más para agregar a la lista de causas de la persistencia de tan dañino hábito. (42,43)

Tabla 6. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete según secuelas en el dedo.

Secuelas del dedo	No	%
Callosidades	9	26.4
Isquemias	-	-
Ampollas	4	11.7
Hematomas	-	-
Infección por hongo en el o los dedos	-	-
Deformación del o los dedos	6	17.6
Sin secuelas	23	67.6

Fuente: Observación

La tabla 6 hace referencia a la distribución de pacientes según secuelas del dedo, predominando los pacientes sin secuelas en el 67.6% de los casos, seguido en el 26.4% de pacientes con callosidades, en muchos de ellos también se observó la presencia de deformación de dedos y 4 pacientes para en 11.7% presentaron ampollas. Ninguno presentó isquemias, hematomas e infección por hongos en el o los dedos.

De acuerdo a la investigación realizada por Rivas en sus resultados reveló que al realizar la exploración de los dedos sometidos a la succión éstos estarían enrojecidos, excepcionalmente limpios con uñas corta. En otros casos más severos, halló callosidades en la zona del dorso de los dedos en contacto con piezas dentarias, de esta manera, el estado de los dedos, puede permitir estimar la intensidad y frecuencia de la práctica de succión.

(38)

Tabla 7. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete según etapa en la que los pacientes practican el hábito de succión.

Etapa en la que los pacientes practican el hábito de succión	No	%
Antes de los 3 años	11	32.3
De los 3 a los 6 años	17	50
De 7 años en lo adelante	6	17.7
Total	34	100

Fuente: Entrevista

En la tabla 7 se observa la distribución según etapa en la que los pacientes practican el hábito de succión, en el 50% de los casos comenzaron con el hábito de succión de los 3 a los 6 o 7 años, seguido en el 32.3% antes de los 3 años y en menor medida 17.7% de los 7 años en lo adelante.

De acuerdo a la información obtenida en la revisión de varios estudios sobre el tema, Rivas los clasifica por su duración en:

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

Pre-escolar (de 3 a 5 años), si la succión es ocasional no tiene efectos nocivos sobre la dentición; si es continuo o intenso puede producir mal posiciones en los dientes primarios; si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

Escolar (de 6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas. (38)

En este estudio los datos obtenidos revelan el predominio de la etapa pre-

escolar en los escolares con succión digital, biberón y/o tete.

Tabla 8. Distribución de escolares con hábitos de succión digital, biberón y/o tete según evaluación de la implementación de las técnicas afectivo participativas.

Presencia del hábito	No	%
Disminuido	16	47
Mantenido	12	35.2
Eliminado	6	17.8
Total	34	100

Fuente: Observación y Entrevista

La tabla 8 muestra los resultados de la evaluación de la implementación de las técnicas afectivo participativas predominando en el 47% la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete, seguido en el 35.2% de los casos el mantenimiento del hábito y en el 17.8% la eliminación de los mismos.

La motivación es la fuente que proporciona energía a la conducta y la dirige a las metas que puedan ayudar a satisfacer determinadas necesidades, lo cual condiciona una interacción dinámica entre los miembros del grupo, facilita el aprendizaje, utiliza recursos afectivos y crea un clima psicológico positivo, que aseguran buenos resultados a largo plazo.

Es válido reconocer que a través de la investigación los escolares participaron activamente con la autora en juegos e intervenciones relacionados con la materia; si bien la posibilidad de obtener la condición de promotor(a) de la salud ocupó un lugar importante en los sentimientos intelectuales y emocionales de los educandos, quienes comprendieron que abandonar el dañino hábito les garantizaba la funcionalidad y estética del componente bucomaxilofacial.

El conocimiento general que fue transmitido durante las diez sesiones de trabajo sobre succión digital, biberón y/o tete varió sustancialmente obteniendo como resultado la disminución de los hábitos, atribuibles a que los escolares viven una etapa caracterizada por intensos procesos de aprendizaje, por la búsqueda de identidad propia y por cambios cognoscitivos. Además aprenden más rápido y eficazmente la enseñanza que es interesante y amena. La aplicación de una variedad de métodos y técnicas para la comunicación posibilitó la motivación y el cambio de actitud de los escolares. La interrelación directa con ellos permitió dirigir, enseñar, orientar sobre todos los temas seleccionados en relación con la succión digital, biberón y/o tete, estableciendo una comunicación bidireccional y horizontal rechazando la comunicación vertical, autoritaria y unidireccional, considerándolos como sujetos activos, democráticos, capaces de buscar, construir nuevos conocimientos y de influir favorablemente en la transformación de conductas y prácticas en otros.

Sin embargo debemos tener en cuenta que no es fácil la eliminación de estos hábitos, pues como se mencionó al inicio de la investigación los hábitos puede ser definidos como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente y una vez instaurados es difícil modificarlos, se necesita tiempo, perseverancia y persuasión para lograr modificarlos o eliminarlos.

La comunicación y la educación son dos procesos indisolubles, la consideración de sus vínculos y formas de producir más funcionales permitieron un mayor impacto en el desarrollo psicológico de los escolares. Se considera que el nivel de conocimientos general sobre el hábito de succión digital antes de la intervención era insuficiente ya que no se cumplen con las acciones de planificación, organización y ejecución de las

actividades de Promoción de Salud como parte de la Estrategia Educativa indicadas por el Ministerio de Salud Pública.

Los diferentes métodos de Promoción de Salud utilizados en la práctica diaria son deficientes. Es indispensable facilitar escenarios para el intercambio de opiniones, experiencias, sentimientos y la elaboración de nuevos mensajes educativos para originar cambios en la conducta de los educandos.

Debe reorientarse la práctica estomatológica donde se facilite el protagonismo de las acciones de Educación para la Salud como proceso dirigido a fomentar conductas y formas de vivir cada vez más saludables, sobre la base del reconocimiento de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

La implementación de las técnicas afectivo participativas mostraron ser efectivas, por cuanto modificó favorablemente los conocimientos en más de la mitad de los escolares y propició también notables cambios conductuales con respecto a la práctica del hábito de succión digital, biberón y/o tete , de donde se derivó recomendar el diseño y la aplicación de estrategias sanitarias para evitar su aparición en edades tempranas de la vida y disminuir su alta incidencia en la producción de maloclusiones.

CONCLUSIONES

En el estudio predominó el grupo de edades entre 4 a 5 años, el sexo femenino sobre el masculino y 19 escolares además del hábito de succión digital poseen hábitos de succión de biberón y/o tete.

Las maloclusiones que más se evidenciaron fueron la mordida abierta con anterior con diastema seguida por la mordida profunda.

Se controló la variable estado nutricional por la posible relación entre ésta y la aparición del hábito, predominando los pacientes normopeso seguido del bajo peso.

Las secuelas en los dedos que más se observaron fueron las callosidades y en algunos casos deformación del o los dedos, la mayoría comenzó con el hábito de los 3 a los 6 años aproximadamente.

La implementación de técnicas afectivo participativas fue efectiva por la disminución significativa de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete, como resultado de la participación conjunta de los escolares, padres y educadores. Se demostró que la labor educativa constituye una herramienta fundamental para modificar positivamente conocimientos, actitudes y prácticas.

RECOMENDACIONES

Realizar actividades de Promoción de Salud para elevar el nivel de conocimiento en los padres y maestros para una detección temprana de hábitos de succión digital y sus efectos perjudiciales sobre el desarrollo la dentición temporal y permanente.

Diagnosticar precozmente la presencia de los hábitos bucales deformantes para lograr la prevención y tratamiento de las alteraciones de la oclusión dentaria desde edades tempranas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Álvarez Páucar MA, Queiroz GK, ChamilcoGamara AS, VasquezTokuchi CA, Yaranga LI, Sánchez HJ, et al. Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de las maloclusiones en infantes. *Odontología Sanmarquina*. 2011; 14(2):16-13.
- 2-Núñez Paula I. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. *Acimed [Internet]* 2018 [citado 25 enero 2019]; 12(3): 1-10. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_3_04/aci04304.htm
- 3-Murrieta JK, Allendelagua Bello RI, et al. Prevalencia de hábitos parafuncionales en niños de edad preescolar. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2015; 68(1):8-2.
- 4-Mares Favela MA. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en la población infantil [tesis]. Área Metropolitana de Monterrey (AM). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Odontología. 2016.
- 5-León AJ, Carvajal RY, Pérez HN, Rodríguez MO. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. *MEDICIEGO*. 2014; 20(Supl.1):9-2.
- 6-Ricardo RM. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. *Medisan*. 2011 Jun 12; 15(2):222.
- 7-González Ramos RM, Ochoa González DA, Silva FC, Cruz LI. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela Primaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2012 Juli 19: 11(4): 11-2
- 8-Feria NR, Diaz Morell JE, Rodríguez Carracedo EM, et al. Programa educativo sobre hábitos bucales deformantes en escolares del seminternado Juan José Fonet Piña. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2017 Mar 13: 18(4): 15-1.

- 9-Álvarez MI, Lescaille CY, Mora Pérez CC, Pieri S K, González Arocha BA, et al. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. *Medisur*.2013; 11(4):1-42.
- 10-Patel A, Moles D, O'Neil J, Noar J. Digit sucking in children resident in Kettering (UK). *J Orthod* 2008;(35):255-61.
- 11-Luis Fernando Morales Jiménez. Hábito de succión digital y maloclusiones asociadas. *Rev Gaceta Dental* 2009;(140):66-71.
- 12-Olguín Parada A and Quintana Segovia X. Mordida Abierta Anterior en Niños de 2 a 4 Años y Uso de Pacificadores Orales en un Sector de la Comuna de Lo Barnechea. *Revista Dental Chile* 2001;92(2): 3-8
- 13-Francisco BN, Lourdes RR, Jimenéz MM, Sohemann FM. Aporte del Pediatra en la prevención de la mordida abierta anterior. *Archivos Venezolanos de la Puericultura y Pediatría*. 2014 Nov 25; 77(1):5-1.
- 14- Agurto P., Díaz R., Cádiz O. 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. *Rev. chil.pediatr.* v.70 n.6 Santiago nov. 2009.
- 15-Navas García C. Hábitos Orales. *Revista: Carta de la salud*. Número 189, Febrero 2012. Disponible desde: http://www.valledellili.org/media/pdf/carta-salud/CSFebrero2012_baja.pdf
- 16-Lugo C. Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia*. Edición electrónica marzo 2011.
- 17-Cepero Z., Hidalgo-Gato I., Duque de Estrada J. Pérez J., Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes, www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/
- 18-Bayardo RE, Mejía JJ, Orozco S, Montry K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. *Revista ADM* 2005; 52 (1):22-6.

- 19-Fernández Acosta, A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 2017;12(2):79-83.
- 20-Valdés Acosta I. programa educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital [tesis]. Cuba, Artemisa (CA): Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa: Clínica Estomatológica Docente "Severino Rosell González". 2011.
- 21-Laboren M, Medina C, Vilorio C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo C, Molero L, Tedaldi J. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría Ortodoncia. Ws. ed electrónica julio 2015.
- 22-Mendizábal Campoverde GR. Nivel de información acerca de la influencia que ejercen los hábitos deletéreos sobre la oclusión dentaria, en madres que acuden al servicio de Odontología Pediátrica del Centro Médico Naval [tesis]. Lima – Perú (LP): Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología. 2017.
- 23-Vélez González JA, Macías López GE, editores. Investigación de la succión digital y su incidencia en la alineación de los dientes permanentes [monografía en Internet].Ecuador: Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2013 [citado 25 abril 2019]. Disponible en: <http://186.42.197.150/tes/odo/TI205.Pdf>.
- 24-Kaori Furuki Hatta. Frecuencia del Hábito de Succión Digital y Características Clínicas Predominantes en Niños de 5 a 12 años de edad. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2010. 15 p. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/16.1/RM.16.1.04.pdf>
- 25-Lugo C. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Octubre 2011. 15 p.

- 26-Acuña Jauregui EL. Análisis de Mordida Abierta Inducida por Hábitos y sus Consecuencias. Universidad de Guayaquil. 2013. 19 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3256>
- 27-Arias G. Hábitos Orales y su Influencia en las Mal Oclusiones Dentales. Peke Times.
- 28-Quiroz O, Quiroz LM, Quiroz J. La Orientación Psicológica en el Manejo de Ciertos Hábitos en Odontología. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia. 2013. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art1.asp>
- 29- Pérez AK, Reyes Suárez VO, Licea RY, Espasadín GS. Tratamiento del hábito de succión digital. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2013; 19(3):9-1. 19- Rodríguez Arce MA. Técnicas Participativas. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
- 30-Quirós, O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Acta odontológica. 2003; 4(1). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp
- 31-Díaz BM, Pérez Rivero JL, Báez PF, Conde MM. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; 28(3):13-2.
- 32-Pavon M, Puig L, Cuan M, Labrada M. Tratamientos Psicológicos Alternativos para eliminar el Hábito de Succión Digital Complicada. Revista: Archivo Médico de Camagüey 2002; 6(4)1025-0255. Disponible desde: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n4/495-A.htm>
- 33-Martínez MR, Corona MH, González W, García M. Eficacia de la terapia floral de Bach aplicada en niños de primer grado con hábito de succión digital. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2015 Oct 12]; 44(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

34-Pérez AK, Reyes V, Licea Y, Espasandín S. Tratamiento del hábito de succión digital mediante la técnica de relajación. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Oct 12]; 19(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/608>.

35-Acevedo SO; Mora PC, Capote FJ, et al. Efectividad de técnicas afectivo participativas en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. MediSur. 2016; 9(2): 26-37.

36-Graber, T.M.; Swaim, B.F. :(1991) Ortodoncia. Principios Generales y Técnicas. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A.

37-Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM [Serie en Internet]. 2004 [consultado: 7 de mayo de 2006]; LXI (6): [Aprox.: 5p.]. Disponible en: <http://www.mediagrapihc.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2004/e>

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

39-Fernández Ysla R, Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Coutin Marie G. Influencia de los hábitos bucales deformantes en la producción de anomalías dentomaxilofaciales. Congreso Internacional de Estomatología. 2005 [CDROM]. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.

40-Macías Gil R, Sánchez González L., Moreno Méndez, W., Orozco Cuanalo L, Pérez Ribas D. El control preventivo/interceptivo en ortodoncia a escolares de primaria del municipio Bartolomé Masó 2001-2004. Congreso Internacional de Estomatología 2005 [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2005.

41-Velázquez A, Larramendy J, Rubio J. Factores de riesgo de nutrición proteico-energética en niños menores de 1 año de edad. Rev Cubana Aliment Nutrición 2018;12(2):82-5.

42-Stemper E, Biondi AM, Cortese G. Odontología desde un enfoque integral. Rev Prismas 2000;CT 7247(76):1.8.

43-García de Valente S. Alteraciones bucales en pacientes con trastornos de la alimentación. Rev Prismas 2000;CT 7247(73):3.4.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento de participación en la investigación.

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para que mi hijo/a participe en la investigación que tiene como título Técnicas afectivas participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares.

Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la Doctora _____ quien me ha informado que la misma tiene como objetivo principal implementar técnicas afectivas participativas que contribuyan a la prevención o disminución del hábito de succión digital y succión de biberón y/o tete en niños en escolares, pertenecientes a la escuela primaria José Martí del municipio Morón, en el período comprendido entre enero 2019 a enero 2020.

Me han hecho saber que su participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar su participación en el mismo no traerá consecuencias negativas.

Tengo el derecho de retirar a mi hijo/a de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el estomatólogo que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 202_.

Participante: _____ Firma: _____

Estomatólogo: _____ Firma: _____

Anexo 2. Guía de revisión de historias clínicas.

1-Grupo de edades.

- De 4 a 5 años.
- De 6 a 7 años.
- De 8 a 10 años.

2-Sexo.

- Femenino.
- Masculino.

3-Hábitos de succión.

- Succión digital.
- Succión biberón.
- Succión de tete.

4- Estado nutricional. (Cualitativa nominal politómica)

- Normopeso.
- Bajo peso.
- Sobre peso.
- Obeso.

Anexo 3. Guía de observación.

Nombre y apellidos:

HC No:

Objetivo: Determinar maloclusiones en los escolares que poseen hábitos de succión digital, tete y/o biberón y secuelas en los dedos.

I- Presencia de maloclusiones.

1.1-Mordida abierta anterior y diastema ____

1.2-Mordida cruzada unilateral ____

1.3-Mordida cruzada bilateral ____

1.4-Mordida profunda ____

1.5-No presentan maloclusión ____

1.6-Otro aspecto:

II- Secuelas en los dedos.

2.1-Callosidades ____

2.2-Isquemias ____

2.3-Ampollas ____

2.4-Hematomas ____

2.5-Infección por hongo en el o los dedos ____

2.6-Deformación del o los dedos ____

2.7-Sin secuelas ____

Anexo 4. Guía de observación.

Nombre y apellidos:

HC No:

Fecha:

Hora:

Objetivo: Determinar en los escolares que poseen hábito de succión digital, tete y/o biberón el mantenimiento del hábito después de aplicado las técnicas afectivo participativas.

I-Mantenimiento del hábito después de aplicado las técnicas afectivo participativas.

1.1-Disminuido ____

1.2-Mantenido ____

1.3-Eliminado ____

Anexo 5. Guía de entrevista

Nombre y apellidos:

1-¿Qué edad tienes?

2-¿Qué grado cursas?

3-¿Te chupas los dedos?

4-¿Cuántos dedos te gusta chupar?

5-¿Qué dedos te chupas?

6-¿A qué hora te gusta más chuparte los dedos?

7-¿Chupas tete?

8-¿A qué hora te gusta más chupar el tete?

9-¿Tomas leche en pomo o en vaso o taza?

10-Recuerdas a qué edad comenzaste a chuparte el dedo o los dedos.

11-¿Conoces los daños que puede ocasionarte chuparte los dedos o chupar tete o biberón?

12-¿Sabes cómo eliminar estos hábitos?

Anexo 6. Técnicas afectivo participativas.

Actividad 1.

-Bienvenida y presentación del estomatólogo que trabajará por diez sesiones como promotor de salud.

-Horarios.

-Presentación de los participantes.

Al iniciar es importante dedicar el tiempo necesario para crear un ambiente propicio a la participación de todos, de manera que los participantes puedan relajarse, sentirse en plena confianza y empezar a conocerse. Para ello lo más recomendable es comenzar con dinámicas de animación e integración que aseguren tales condiciones. Del nivel de familiaridad que tenga el grupo y del tema a tratar dependerán los aspectos a tomar en cuenta en la presentación.

Tema: Presentación de los participantes.

Técnica afectivo participativa: Presentación por parejas.

Procedimiento: Se explican los detalles que deben ser tomados en cuenta en la presentación por parejas, como por ejemplo: el nombre y algún dato personal. Cada escolar busca un compañero o compañera que no conozca y conversan durante cinco minutos. Luego cada participante presenta a su pareja.

Materiales: Ningunos.

Luego se explicarán los objetivos de trabajos así como la duración de cada sesión, se hará hincapié en la actividad final donde se estimulará a cada escolar que haya abandonado o disminuido el hábito de succión digital y succión de biberón y/o tete, lo cual constituirá desde ahora una prioridad para cada uno de ellos, este estímulo consistirá en un diploma que será entregado delante de padres y de esos compañeros que trabajarán juntos a partir de este momento y los nombra promotores por una bella sonrisa, además se entregará a cada uno un animómetro donde escribirán cada

semana de manera sincera si recurren al hábito de succión, se utilizarán tantas semanas como sesiones de trabajo dibujarán esta carita ☹ el día que no recurran al hábito y esta otra ☺ el día que si lo utilicen, ejemplo:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
☹	☺	☹	☹	☹	☺	☺

Al finalizar se aclararán las dudas de los participantes y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Actividad 2.

Tema: Correcto cepillado dental.

Técnica afectivo participativa: La pelota preguntona.

Procedimiento: Se ubicará a los escolares alrededor del estomatólogo en forma de herradura de forma tal que pueda tener contacto visual con todos, se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo, brevemente le comentará a los escolares sobre la estructura anatómica y funcional de dientes la oclusión correcta, así como medidas para su conservación y prevención de enfermedades, el estomatólogo muestra una pelota de colores y explica que la tirará y quien la agarre deberá responder una pregunta muy sencilla, los escolares de manera espontánea, según agarren la pelota van respondiendo a las preguntas, ¿cuántos dientes y muelas debes tener?; ¿cómo es una oclusión correcta?, ¿cómo ayudas a tener una oclusión correcta?; ¿cuántas veces deben cepillarse los dientes? ¿cómo te cepillas los dientes? Así varias veces hasta que la mayoría haya respondido.

El estomatólogo a través de la técnica de prevención de salud la demostración explica la realización correcta del cepillado dental así como las veces que es necesario hacerlo en el día, una vez que termine la demostración recurrirá otra vez a la pelota quien la agarre tendrá entonces que demostrar la técnica del cepillado dental y el resto observará para evaluar.

Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: Pelota de colores y cepillo dental.

Actividad 3.

Tema: Importancia de los dientes.

Técnica afectivo participativa: Mapa de ideas.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo. Se coloca en la pizarra agarrado de las cuatro puntas una cartulina de al menos 1 metro, se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo, brevemente le comentará a los escolares sobre la importancia de los dientes y la función que tienen el crecimiento de cada uno de ellos en las distintas etapas de la vida, una vez culminado el estomatólogo hace un óvalo o un círculo en el centro de la cartulina y dentro escribe importancia de los dientes, los escolares trabajarán en dúos o de manera individual como ellos prefieran y tomarán hojas blancas y escribirán frases o pablaras que representen la importancia de sus dientes una vez terminado lo pegaran alrededor del centro en la cartulina ejemplo:



Tantos como sea necesario, la ventaja de esta técnica es que se pueden ir añadiendo todos los aspectos sin tener que seguir un orden lógico. Si parece necesario este orden se puede establecer posteriormente colocando las tarjetas en la secuencia deseada o/y poniendo números a las hojas. Al finalizar se comentará sobre aspectos que no hayan quedado concluidos o se tenga alguna duda. Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: Cartulina, pegamento colores o crayolas y hojas.

Actividad 4.

Tema: Consecuencias del hábito de succión o succión del biberón y/o tete.

Técnica afectivo participativa: El espejo.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo. Se coloca un espejo con un tamaño adecuado en el que los escolares puedan observar su cara, principalmente su boca. Se introduce la actividad preguntando qué es un espejo, qué utilidad tiene y se piden algunos voluntarios para que se miren detenidamente y describan como se ven sus dientes. El resto de los estudiantes pueden emitir criterios acerca de lo expresado por cada estudiante que se observa mientras el estomatólogo pregunta:

-¿Cómo te ves en el espejo?, ¿Te gustan como los tienes o quisieras tenerlos diferentes?, ¿Por qué crees que los tienes así?

Una vez culminado esta primera parte el estomatólogo argumenta brevemente y utilizando un lenguaje sencillo y comprensible las consecuencias del hábito de succión o succión del biberón y/o tete, dejándolos expresar sus preocupaciones sobre el tema tanto como sea necesario.

Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: Un espejo de tamaño normal.

Actividad 5.

Tema: Importancia del abandono del hábito de succión digital o succión de biberón y/o tete.

Técnica afectivo participativa: Rompecabezas el Conejo Saltarín.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo relacionado con la importancia del abandono del hábito de succión digital o succión de biberón y/o tete, una vez argumentado todo lo relacionado con el tema se preparan 3 a 4 rompe cabezas (plastificando fotografías, imágenes o dibujos de conejos y posteriormente cortándolas en piezas) de 5 o 6 piezas (según tamaño deseado del grupo y edad). Se

reparten las piezas bocabajo. Los participantes deben reunirse según rompe cabezas (estos son los grupos). Los grupos además deben terminar/juntar el rompe cabezas. El equipo ganador recibe un pequeño premio pero antes se les pide que deben expresar brevemente por qué consideran que sería oportuno el abandono del hábito y se escuchan tantos criterios como se considere oportuno. Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: Rompecabezas.

Actividad 6.

Tema: Por qué nos chupamos el dedo o los dedos.

Técnica afectivo participativa: El marcador caliente (Te toca responder...)

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo relacionado con la razón por la cual se chupan el dedo o los dedos o aún se alimentan con biberón o chupan tete. Es una técnica simple, el estomatólogo debe tener en sus manos las preguntas preparadas. El grupo forma un círculo, una persona queda afuera, tocando algo para hacer un ruido (ella tiene que pararse con la espalda hacia el grupo para no verlos). El grupo pasa rápidamente un marcador, de una persona a la otra. Cuando la persona que está tocando el ruido para, la persona que sostiene el marcador en ese momento, debería elegir y contestar una pregunta. El grupo escuchará atentamente, sigue el juego hasta que se acaben todas las preguntas o la mayoría haya respondido, es en este momento cuando el promotor argumenta el por qué se hace necesario abandonar el hábito brindando técnicas o alternativas para que no recurran al mismo. Se les pregunta si les gustó la actividad y se les pide inviten a su mamá o a su papá a participar en la próxima sesión de trabajo, se despide al grupo hasta la próxima semana.

Materiales: Un marcador de texto.

Actividad 7.

Tema: Cómo ayudar a mi hijo.

Técnica afectivo participativa: Venciendo obstáculos.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo relacionado con la ayuda que deben brindar en el hogar a sus hijos para el abandono del hábito, una vez terminada la charla educativa se invitarán a pasar al área deportiva que será el escenario donde jugarán con sus hijos. Se establecerá una competencia entre los equipos (dos equipos) compuestos por padres y escolares, cada equipo debe realizar una carrera hasta un cajón donde hay varios objetos relacionados con los dientes que favorecen la salud bucal (a los que llamaremos protectores), pero también existirá en el cajón objetos a los que llamaremos de riesgo que afectan la salud bucal, por tanto la misión de los escolares es tratar de salvar a la mayor cantidad de objetos protectores para lograr una salud bucal adecuada. Cuando los escolares lleguen al cajón comenzarán a tomar tantos objetos como puedan en la manos y al escuchar el sonido del pito dejarán de hacerlo y con una carrera recta se incorporarán de regreso al equipo y así sucesivamente continuará la competencia hasta que haya pasado el ultimo niño(a) de cada uno de ellos. Si en la carrera de regreso al equipo se le cae algún objeto no puede recuperarlo. En este primer momento ganará el equipo que termine primero y mayor cantidad de objetos protectores haya seleccionado, Al finalizar cada equipo contará la cantidad de objetos protectores y argumentarán porque toman esos y desechan los otros, de esta forma culmina el desarrollo de la técnica y el ganador se selecciona a partir de la evaluación que haga el grupo completo sobre la mejor fundamentación dada y la mayor cantidad de objetos protectores salvados del cajón. Los obstáculos a vencer pueden ser: saltar en un saco, bailar suiza, organizar bolos, dar una vuelta

alrededor de un aro, mantener el equilibrio sobre una tabla y otros que puedan utilizarse en coordinación con los profesores de Educación Física. En la fundamentación de los objetos seleccionados se tendrá en cuenta, su utilidad, las ventajas y desventajas que ofrece para mantener la salud bucal, así como la narración de vivencias e historias narradas por ellos. Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: saco, suiza, bolos, aro, tabla, artículos protectores (Cepillo y pasta dental, hilo dental, vasos, juguetes que representen vegetales y frutas, etc.), artículos de riesgos (tete, pomo de leche, tetera, etc.)

Actividad 8.

Tema: Ejercitar conocimientos.

Técnica afectivo participativa: Le digo adiós.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo relacionado con la importancia del abandono del hábito de succión y el mantenimiento de una adecuada salud bucal. Se repartirán hojas de papel en blanco y colores o crayolas para que los escolares dibujen acerca de lo aprendido y reflejen en el a qué le dicen adiós para abandonar el hábito de succión digital o succión de biberón y/o tete. Los dibujos no llevarán el nombre del autor y se colocarán en una caja. Posteriormente se le dará tres vueltas a la caja y se seleccionará un dibujo, que se analizará entre todos interpretando lo que nos quiso expresar su autor y su importancia en la prevención de enfermedades bucales, como las maloclusiones. Seguidamente se le volverá a dar tres vueltas a la caja y cada estudiante seleccionará un dibujo que deberá interpretar y expresar al resto del grupo de forma independiente. Cada estudiante luego de la interpretación que realice del dibujo escogido debe expresar en que coincide con lo expresado por el autor del dibujo se respetarán las interpretaciones brindadas sin entrar en contradicción entre ellos.

Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: Hojas blancas, colores o crayolas.

Actividad 9.

Tema: Ejercitar conocimientos.

Técnica afectivo participativa: Teatro popular.

Procedimiento: Se les dará la bienvenida y se presentará el tema de trabajo relacionado con la importancia del abandono del hábito de succión y el mantenimiento de una adecuada salud bucal. Se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una obra de teatro, atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes de forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, el movimiento y la ambientación combina la enseñanza con la diversión. Se produce a bajo costo. Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local. Se dramatizará una obra donde un niño se chupa el dedo hasta un día que siente que sus dientes están débiles y un hada madrina lo enseña a abandonar el hábito, los personajes se escogieron al azar según intenciones de los niños y niñas participantes seleccionaron el local así como el vestuario, una vez culminada la obra se debate en colectivo. Se les pregunta si les gustó la actividad y se despide al grupo hasta la próxima sesión de trabajo.

Materiales: vestuario adecuado según personajes.

Actividad 10.

Tema: Lo que he aprendido.

Técnica afectivo participativa: Fiesta.

Procedimiento: Se realizará en forma de fiesta para culminar la etapa de evaluación en la que se dan a conocer los resultados obtenidos. Los escolares entregarán sus animómetros que expresan la necesidad o no que han tendido en todo este tiempo de recurrir al hábito, los padres

supervisarán esta actividad y se les entregará un diploma que los reconoce como promotores por una bella sonrisa a todos los escolares que se han esforzado para eliminar el hábito de succión digital o succión de biberón y/o tete, se responsabilizará a los padres con la entrega de un pequeño estímulo material deseado por los niños en el marco de la actividad. Se exhortará a los que no han logrado la eliminación del hábito a hacerlo y se agradece por su participación en el estudio.

AVAL DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de Especialidad, Técnicas afectivo participativas que contribuyan a la disminución de los hábitos de succión digital, biberón y/o tete en escolares de la autora Dra. Ilen de la Caridad Aleman Borroto , en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste, y en virtud de los derechos que se me conceden como tutora de la tesis firmo la presente certificación en la ciudad de Morón, a los 6 días del mes de noviembre del año 2020.

Dra Mara Isabel Morales Pardo