

# **UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE AVILA**



**Hábito de succión digital en niños de 9 a 12 años. Escuela  
“Aguedo Morales Reina”. Ciego de Ávila.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE  
PRIMER GRADO EN ESTOMATOLOGIA GENERAL INTEGRAL**

**AUTOR: Dra. Sissi Rodríguez García.**

**2015**

# **UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE AVILA**



**Hábito de succión digital en niños de 9 a 12 años. Escuela  
“Aguedo Morales Reina”. Ciego de Ávila.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE  
PRIMER GRADO EN ESTOMATOLOGIA GENERAL INTEGRAL**

**AUTOR: Dra. Sissi Rodríguez García.  
Residente de Estomatología General Integral.**

**TUTOR: Dra. Loris Vásquez Amoroso.  
Especialista de 1er grado en Ortodoncia.  
Profesor Instructor.**

**ASESOR: Lisandra Curbelo Nuñez.  
Lic. en Psicología.  
Profesor Instructor. Aspirante a investigador**

**2015**

## **Pensamiento**

Es tu ejemplo el cincel con que esculpes el mañana de tu hijo.

Jaime Martínez Turriago

## **Dedicatoria**

A papi y mami, por seguir iluminando mi camino.

A Lis, por no rendirse nunca.

A Rolando, por permanecer a mi lado.

## **Agradecimientos**

A toda mi familia por alentarme a continuar; a mis profesores, compañeros y amigos por acompañarme en mi travesía; a todas las personas que me han dejado su huella, mis más sinceros agradecimientos.

## **Resumen**

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, siendo la succión digital un factor desencadenante de afectación oclusal, funcional y psicológica para cada paciente. Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa “Mi boca, sinónimo de salud” del tipo antes-después en los niños de 9-12 años de edad de la escuela “Aguedo Morales Reina” del municipio de Ciego de Ávila, provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido por el curso escolar 2014-2015, para modificar conocimientos y comportamientos sobre el hábito de succión digital. El universo de trabajo lo constituyeron 40 niños con hábitos bucales deformantes, de donde se escogió una muestra no probabilística de 12 escolares que presentaban el hábito de succión digital. Se caracterizó a los niños succionadores según edad y sexo, predominando las féminas del primer grupo de edad. Se relacionó la presencia del hábito con la aparición de maloclusiones en once de los estudiantes y con la presencia de disfunciones neuromusculares en el total de la muestra. Se evaluó el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, la misma resultó ser beneficiosa por cuanto logró incrementar los conocimientos en el total de la muestra. Posterior a la ejecución de actividades educativas basadas en técnicas afectivo-participativas, especialmente gratas para los niños de esas edades, 7 de ellos (58.3 %) renunciaron al patrón deformante por conocer las desventajas estéticas y funcionales que les produjo dicho hábito.

**Palabras Claves:** intervención educativa, maloclusión, succión digital.

## Índice

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	8
Materiales y Métodos.....	20
Análisis y discusión de los resultados.....	26
Conclusiones.....	44
Referencias Bibliográficas.....	46

## Introducción

Los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden <sup>(1)</sup>. En salud oral, los malos hábitos se definen como un comportamiento inconsciente y repetitivo que con el tiempo puede afectar el desarrollo de la boca, los labios, los dientes, entre otros. Dichos hábitos generan cambios, especialmente en los niños, pues sus estructuras óseas son más moldeables que las de un adulto, provocando alguna deformación o afectando algunas de las funciones específicas de la boca <sup>(2)</sup>.

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño <sup>(3)</sup>.

El hábito de succión digital es planteado por algunos autores como observado en más del 25 % de los niños menores de 4 años considerándose como una práctica normal, al pasar esta edad se le considera clínicamente significativo, por las implicaciones que pueden tener <sup>(4)</sup>. Consiste en la introducción de uno o más dedos de una de las manos del niño dentro de la boca (generalmente el pulgar), y que se realiza usualmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores. La colocación del dedo entre las arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este <sup>(5)</sup>.

La succión es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada por olores, sabores y cambios de temperatura así como una respuesta a estímulos en la zona bucal o peribucal <sup>(6)</sup>. Para evitar el hábito de succión, lo más importante es que la madre amamante al niño durante los primeros seis meses de vida para que él pueda satisfacer esta necesidad. Con lo que, además, lo “obliga” a usar todos los músculos de la boca y sus alrededores,

favoreciendo un desarrollo armónico del rostro (2).

La succión no es un comportamiento mecánico, es más que la complacencia de las necesidades alimentarias y presenta un profundo significado emocional del que no se debe prescindir (7). Por comenzar en la niñez se hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, siendo esta la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica del hábito. Es de suma importancia la cooperación de los padres, pues la llave para la eliminación satisfactoria del hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos (8).

Cuando se produce la erupción de la dentición temporal sucede un cambio en el patrón deglutorio y es a partir de, aproximadamente, los cuatro años de edad cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo originando maloclusiones. También a partir de esa edad (cuatro-cinco años) aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño (9).

Los riesgos asociados a la succión del pulgar dependen de la frecuencia, intensidad, duración y posición del dedo en la boca. Se han descrito alteraciones alvéolodentales asociadas a este hábito, incluyendo maloclusiones, resorciones atípicas de las raíces, mordida abierta, mordida cruzada y deformaciones faciales. La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, retarda su maduración, dificulta la deglución normal (10).

Otros problemas asociados a este hábito son la formación de callos, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros y deformación del dedo. Se considera que el hábito es crónico si el niño succiona el pulgar en diferentes ambientes (en casa, en el colegio, etc.) y si ocurre por la mañana y por la noche (10, 11).

Cuando un niño se mete el dedo u otro objeto entre los dientes, suele colocarlo en un ángulo que comprime la cara lingual de los incisivos

superiores y la cara labial de los incisivos inferiores; se deduce que esta presión directa es la responsable del desplazamiento de los incisivos <sup>(12)</sup>. Según la teoría psicoanalítica, la persistencia del hábito de succión digital ha sido atribuida a un impulso psicosexual no controlable que responde a una perturbación psicológica útil para afrontar el estrés; otros autores sostienen que el hábito nace como una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico <sup>(13)</sup>.

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados. Los tratamientos hoy días disponibles para el tratamiento de este desorden se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos que dificultan el hábito y tratamiento farmacológico, este último rara vez empleado <sup>(13)</sup>.

La lengua protráctil está muy extendida en la infancia y generalmente viene asociado con el hábito de succión digital, como consecuencia de que mantiene el patrón de deglución infantil producto del hábito. Debe quedar bien claro que, cuando se quiere modificar hábitos y conocimientos, la educación para la salud debe ser hecha en forma continuada y permanente <sup>(14)</sup>.

Está debidamente comprobado que para conseguir este objetivo se puede y es necesario actuar sobre el sector de personas que realicen habitualmente tareas en forma para-profesional, delegando en ellas actividades afines, previo ser debidamente entrenadas y siguiendo programas desarrollados con esos fines, debidamente estudiados y planificados <sup>(14)</sup>.

Así mismo, se recomienda una observación cuidadosa de los padres para identificar, desde temprana edad, qué hábitos adquieren sus hijos y pedir consulta con el especialista para determinar qué medidas se deben tomar <sup>(2)</sup>. El nivel educativo juega un papel fundamental, ya que el conocimiento sobre salud oral

desarrolla hábitos saludables. Un estilo de vida sano que incluye una nutrición balanceada, genera bienestar físico y mental <sup>(14)</sup>.

Entonces, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que respondería al concepto de la Estomatología General Integral (EGI) <sup>(14)</sup>.

Sólo podrá alcanzarse la salud para todos mediante actividades preventivas de atención primaria que se inicien desde las etapas tempranas de la vida, seguros de que la consecución de una salud bucal satisfactoria en la infancia. En las últimas décadas; la población infantil ha sido diana de los programas preventivos comunitarios bucodentales, debido a su accesibilidad y control en las escuelas para la instauración de hábitos correctos de salud bucodental. La experiencia y la investigación han demostrado que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje teniendo la oportunidad de reflexionar al respecto, discutiendo con otros y encontrando aplicaciones prácticas para sus conocimientos. Los alumnos aprenderán, comprenderán más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena <sup>(15)</sup>.

Estudios internacionales plantean que las maloclusiones constituyen la tercera parte de las afecciones bucales como problema de salud. Estas son catalogadas como factores de riesgo para la producción de caries, periodontopatías y disfunciones en la articulación temporomandibular, además de la alteración estética y funcional que originan al no ser tratadas <sup>(1)</sup>.

En Cuba se han efectuado varios estudios y encuestas de salud bucodental de la población como método epidemiológico utilizado para evaluar el estado de salud bucal, determinar la prevalencia y distribución de las enfermedades bucodentales e identificar las necesidades de salud de nuestra comunidad. Así, en 1995 el 47.6% de los niños en las edades de 5-6 años se encontró afectado por maloclusiones. En 1996, encuestas realizadas en nuestro país revelaron que el 68.15% de los niños presentaban hábitos deformantes, en tanto en 1998 la

aplicación de la Encuesta de la OMS en la provincia Santiago de Cuba arrojó que el 31% de la población encuestada menor de 15 años presentaba alteraciones de la oclusión <sup>(15)</sup>.

Más recientemente, estudios efectuados en el 2001 en el Centro Escolar " 26 de Julio" de Santiago de Cuba en niños de seis años de edad, aportaron datos alarmantes de maloclusión (71.3%), y 28.5% de estos escolares eran succionadores digitales <sup>(15)</sup>. En la totalidad de los niños con el hábito se encontró deformidad dentofacial, siendo la vestibuloversión y la mordida abierta anterior las más frecuentes <sup>(16)</sup>.

Numerosos investigadores cubanos han estudiado la prevalencia de los hábitos deletéreos así como la forma de prevenirlos y eliminarlos en edades tempranas, a través de la labor educativa tanto dentro como fuera de las instituciones de salud. Un estudio realizado por Fernández y Acosta en un grupo de 270 niños de 6 a 11 años, mostró que el 68,15 % practicaban hábitos deformantes <sup>(17)</sup>.

González R. en el 2012 realizó un estudio en 120 niños de edades que fluctúan entre los 6 y 12 años, analizando las anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en una escuela primaria. Los resultados obtenidos fueron el 60.8% de los niños está afectado con algún tipo de anomalía, y que el 78.3% presentó hábitos deformantes siendo la succión digital el más significativo <sup>(18)</sup>.

En el municipio Ciego de Ávila las maloclusiones y disfunciones neuromusculares ocasionadas por el hábito de succión digital, son afectaciones reales y frecuentes que se observan en las consultas estomatológicas tanto de atención primaria como secundaria. Han aumentado el número de pacientes traídos por los padres que manifiestan la inconformidad con la posición de los dientes de sus hijos y la persistencia del hábito, imponiéndose entonces la necesidad imperante de aplicar tratamiento psicológico y correctivo.

En la práctica estomatológica avileña, se han realizados numerosos estudios sobre hábitos bucales deformantes y se aprecia gran número de niños portadores

de dichos hábitos, observándose con mayor relevancia los hábitos de succión digital. Planteándose como problema científico: Se desconoce la efectividad de un programa educativo para la eliminación del hábito de succión digital en los niños del Municipio Ciego de Ávila; en el cual se tomó como objeto de estudio las maloclusiones y como campo la succión digital. Para facilitar la recolección de datos se elaboró una planilla.

## **Objetivos**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Implementar una estrategia de intervención educativa sobre el hábito de succión digital en niños de 9 a 12 años de la Escuela “Aguedo Morales Reina”, en el periodo comprendido desde septiembre hasta diciembre de 2014.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Caracterizar a los niños portadores del hábito bucal deformante según edad y sexo.
2. Relacionar el hábito con la presencia de maloclusión y de disfunciones neuromusculares.
3. Evaluar el nivel de conocimiento sobre el hábito bucal deformante antes y después de aplicado el componente educativo.
4. Identificar la reducción del hábito después de la intervención educativa en la población objeto de estudio.

### **Hipótesis:**

Si se desarrolla el programa educativo propuesto se pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre el hábito de succión digital.

## **Marco Teórico**

Desde sus comienzos, la historia de la Ortodoncia está íntimamente ligada a la de la Odontología, de la que separa como una especialidad de ésta a principios del presente siglo. Luego de 146 a. de C, **Celso** en sus escritos preconizó la extracción de los dientes temporales cuando producen la desviación de los permanentes y aconseja guiar a éstos a su sitio por medio de presión ejercida con los dedos <sup>(19)</sup>.

El primer instrumento que se conoce para la corrección de las irregularidades de los dientes es el descrito por **Albucasis** (936-1013), consiste en una pequeña lima que recomendaba para desgastar dientes mal colocados y permitir que cupieran en los arcos dentarios. **Pierre Fauchard** en 1728 publica su libro *Le Chirurgien Dentiste*, donde describe el primer aparato de Ortodoncia. **Hunter** recomienda la extracción de dientes, cuando están demasiado desviados, para lograr espacio para la colocación de los demás. **Cristóbal Francisco Delabarre** (1819) fue un precursor en la corrección de las rotaciones mediante un dispositivo que usó <sup>(19)</sup>.

**Lefoulon** (1840) se refirió al tratamiento de las irregularidades dentarias denominándolo *Orthopédie Dentaire* y *Orthodontosie*, y lo definió como “el tratamiento de las deformidades congénitas y accidentales de la boca”. Condenó la extracción dentaria, afirmando “extraer no es tratar sino destruir”. **Schange** publicó una de las primeras clasificaciones de las anomalías dentarias y destaca la necesidad de la contención consecutiva al periodo de corrección <sup>(19)</sup>.

**Désirabode** (1843) denominó *Orthopedie Faciale* al tratamiento de las malposiciones dentarias y la definió como los medios para corregir las irregularidades de la dentición y los vicios de conformación dependientes de los dientes. **S. H. Guilford** (1889), quien define la Ortodoncia como la rama de la práctica dental que se ocupa de la corrección de las irregularidades de posición de los dientes humanos. **Edward H. Angle** escribió el libro *Malocclusion of the teeth*, donde se encuentra el compendio de su filosofía del tratamiento de las maloclusiones <sup>(19)</sup>.

**Angle** agrupó, en forma sucinta, las anomalías de la oclusión en sus tres célebres clases. La brevedad y la facilidad de su aplicación práctica clínica hicieron que su clasificación se extendiera rápidamente y permaneciera hasta nuestros días. **Case** estuvo en desacuerdo con **Angle** en cuanto a la rigidez de su clasificación de las maloclusiones y siempre combatió el postulado de la fijeza de los primeros molares superiores que **Angle** utilizó como base de su sistema <sup>(19)</sup>.

**Álvarez T**, realizó un estudio en un paciente de 8 años con mordida abierta por el hábito de succión digital, usó como tratamiento de ortopedia funcional el Trainer T4K que son placas de silicona que se utilizan en niños en etapa de dentición mixta para corregir el hábito conjuntamente con terapia miofuncional para mejorar el sellado labial obteniendo resultados notables en el paciente <sup>(20)</sup>.

En el Capítulo 5 del **GUÍAS PRÁCTICAS CLÍNICAS** de estomatología se define como oclusión dentaria al conjunto de relaciones que se establecen como resultado de los contactos oclusales entre todos los elementos integrantes del sistema estomatognático <sup>(21)</sup>.

**Proffit** define deformidad dentomaxilofacial como una afección del desarrollo que en la mayoría de los casos, no se debe a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal <sup>(16)</sup>. **Moyers** usa el término “deformidad dentofacial” para designar cualquier desviación del patrón de desarrollo esperado y deseado de la dentición y del macizo facial. Las “MALOCLUSIONES” se refieren solamente a las desviaciones de la oclusión deseada; éste es estrictamente un término dental y no debe ser usado en otra forma <sup>(22)</sup>.

Según **Izard** <sup>(23)</sup>, la maloclusión es solamente un síntoma y su diagnóstico, a pesar de su importancia, no constituye más que una parte del diagnóstico general. **Clarisa Uscamaita** diagnostica una malposición dentaria cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal <sup>(24)</sup>.

**José y Guillermo Mayoral** conceptualizaron las maloclusiones, o anomalías de la oclusión como anomalías de espacio, pues dicen que la oclusión dentaria es la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto de los del otro

cuando se cierran desarrollando la mayor fuerza, ejerciendo la presión sobre los molares y quedando en posición normal los cóndilos de la mandíbula (19).

*Villafranca y Guerrero Chun* piensan en maloclusión como la alineación incorrecta de los dientes. Puede ser debida a anomalías de tamaño o de posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación, o de los tipos de relaciones oclusales (25, 26). *Nievas* describe la maloclusión como una desviación de la correcta oclusión (o cierre) dental. Una de las funciones más importantes de la boca es la masticación, para la cual es muy importante que exista un adecuado contacto entre las arcadas dentarias superior e inferior (27). A opinión de la autora las MALOCLUSIONES son las posiciones de los dientes que se salen de lo descrito como normal y que provoca afectaciones funcionales, tomando como referencia lo detallado por Moyers.

Para comprender las diferentes maloclusiones debemos conocer la oclusión normal. La malposición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión dentaria. Las maloclusiones dentarias se clasifican según sus causas: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas (24). Las maloclusiones son el producto de una interacción entre los factores ambientales y la herencia; que actúan sobre todo en el período de la infancia, enmarcado por continuos cambios en la dentición, donde producen alteraciones desde los primeros años de la vida (28).

La oclusión dentaria normal tiene unas características comunes a la mayoría de los humanos. ANGLE lo consideró primordial para clasificar las diferentes maloclusiones. Estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones. Las llamó CLASE. Si repasamos la oclusión normal, vemos que el primer molar superior articula con el primer molar inferior de forma que la cúspide mesiovestibular del superior esta en máxima intercuspidad. Y encaja en el surco vestibular que separa las primeras cúspide vestibulares del primer molar inferior, a esto se le llama NORMOCLUSIÓN o

## NEUTROCLUSIÓN <sup>(24)</sup>.

**Maloclusión de Clase I:** Cuando existen malposiciones dentarias y la relación molar es de normoclusión. Las maloclusiones de clase I suelen ser dentarias, las relaciones basales óseas son normales y en general los problemas dentarios suelen estar en el grupo anterior. Pueden existir apiñamientos, espaciamientos, mordidas cruzadas anteriores y posteriores <sup>(24)</sup>.

**Maloclusión de Clase II:** Las maloclusiones de clase 2 se llaman también distoclusiones, ya que la posición de máxima intercuspidadación, el primer molar permanente inferior ocluye a distal del superior, o sea está más retrasado. Las maloclusiones de clase 2 se subdividen a su vez en División 1 y División 2 <sup>(24)</sup>.

**Maloclusión de Clase III:** Se llaman mesioclusiones, debido a que el primer molar inferior está más a mesial que el superior cuando los maxilares están en máxima intercuspidadación, suelen caracterizar por: mesioclusión, mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior, mandíbula grande y maxilares superiores pequeños. Son maloclusiones hereditarias <sup>(24)</sup>.

Los doctores **Pedro Alemán, Damaris González, Laura Díaz y Yaima Delgado** conceptualizan hábito como una costumbre adquirida por repetición de una acción, este puede tornarse pernicioso y provocar fuerzas patológicas que acarreen trastornos morfológicos y funcionales <sup>(29)</sup>.

**Bratos** en el Tratado de Odontología define hábito como la facilidad que adquiere una persona para repetir una actividad. Estos se clasifican en saludables y dañinos. Los hábitos orales deletéreos pertenecen a este último grupo <sup>(1)</sup>. **Palomer L.** precisa como malos hábitos a un comportamiento inconsciente y repetitivo que con el tiempo puede afectar el desarrollo de la boca, los labios, los dientes, entre otros <sup>(30)</sup>. **Pinkham,** se refiere a los hábitos bucales como reacciones corporales automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, comportándose como indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones <sup>(31)</sup>.

*Laboren M.* define hábito 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 <sup>(32)</sup>. La autora toma como concepto más acertado el ofrecido por Pedro Alemán, Damaris González, Laura Díaz y Yaima Delgado, porque no sólo describen en que consiste sino también los daños que acarrearán.

Los hábitos bucales deformantes son una de las causas ambientales de maloclusiones más importante que alteran la función y el equilibrio normal de los dientes y maxilares <sup>(33)</sup>. Aparecen por falta de atención, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Estos hábitos bucales son causas de presiones desequilibradas y dañinas ejercitadas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, así como de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse anormales si se continúan los hábitos a largo plazo. Entre los más frecuentes se encuentran: Succión digital, Chupón y biberón, Hábitos labiales, Proyección lingual, Respiración bucal, Onicofagia, Bruxismo y Postura <sup>(31)</sup>.

\_Chupón y Biberón: Los cambios dentarios que ocasiona esta clase de costumbres son similares a los producidos por los hábitos digitales. En los niños que usan chupón se observa de manera constante mordida abierta anterior y con lapso maxilar. Debe ser utilizado hasta los 18 meses para evitar una deglución atípica <sup>(31)</sup>.

\_Hábitos Labiales: También conocido como queilofagia la succión del labio ya sea superior o inferior produce la retrusión del segmento incisivo correspondiente, afectando también a los incisivos opuestos que los vestibulariza. Los labios se notan siempre marcados y flácidos <sup>(31)</sup>.

\_Proyección Lingual: Se presenta en pacientes con mordidas abiertas y con incisivos superiores en protrusión, lo que permite empujar la lengua hacia delante en el espacio existente. Produce protrusión labial de los incisivos maxilares superiores y lengua agrandada <sup>(31)</sup>.

\_Respiración Bucal: Se caracteriza por respirar continuamente por la boca se puede clasificar en 3 categorías: por obstrucción (existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales); por hábito (cuando se hace por costumbre aunque no existan obstrucciones) y por anatomía (incompetencia labial) <sup>(31)</sup>.

\_Onicofagia: También conocida como mordedura de uñas. Es un hábito antihigiénico que puede producir atrición de las piezas anteriores inferiores debido a la fuerza masticatoria, se ha observado que aproximadamente 80% de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas <sup>(31)</sup>.

\_Bruxismo: Se define como la acción de frotarse los dientes entre sí, generalmente es un hábito nocturno producido durante el sueño aunque puede observarse cuando se está despierto. Produce atrición considerable de las piezas y problemas en la articulación temporomandibular <sup>(31)</sup>.

\_Postura: Son los menos frecuentes, las malas posturas corporales pueden acentuar una mala oclusión existente. Pueden producirse compresiones innecesarias que en general alteran el normal crecimiento y desarrollo del cráneo y de la cara, en particular desviaciones de la mandíbula <sup>(31)</sup>.

\_Succión Digital:

**Sulaiman** identifica la succión digital como el hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral <sup>(9)</sup>. 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.

**Bratos** publicó que la succión digital es uno de los hábitos deformantes que observamos con mayor frecuencia. Existen diferentes versiones acerca de su origen, unos con un prisma psicológico, otros comparados con la teoría del aprendizaje y algunos lo relacionaban con el tiempo y forma de la lactancia <sup>(1)</sup>.

**Laboren M,** da a conocer la succión digital como el hábito que radica en introducir y succionarse uno o más dedos aunque lo más frecuente es la succión del pulgar, apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva

superior, y dirigiendo la uña hacia el suelo de la boca <sup>(32)</sup>.

*Arancibia* reconoce la succión digital como un hábito placentero para el niño, con la introducción de uno o varios dedos de una de las manos en la cavidad bucal <sup>(34)</sup>. *La autora* considera la succión digital a la repetición de una conducta aprendida, en este caso llevarse el o los dedos a la boca y mantenerlos allí por un periodo de tiempo significativo, con la participación activa de los músculos.

La succión digital durante la primera infancia es considerada 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 puede tener repercusiones tanto en el entorno social del niño como a nivel orgánico; pudiendo producir modificaciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, dando lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño <sup>(35)</sup>.

Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos. Los niños alimentados con biberón muestran más frecuentemente hábitos de succión, si la botella ha sido utilizada como un medio para aquietarlos o inducirlos al sueño. Estos hábitos son aprendidos tempranamente en la vida debido al sistema neuromuscular, y desaparecen alrededor de los 4 años. Desafortunadamente, pocos dentistas ven a los niños antes de esta época y el pediatra o el médico de cabecera que atiende a los niños pequeños no suele hacer caso de las posibles complicaciones dentales que resulten de estos hábitos. Si el hábito de succión continua por cierto tiempo, pueden acompañarse de otros como: estirar un mechón de pelo, acariciarse la nariz con el dedo índice, o dar tirones al lóbulo de la oreja <sup>(22)</sup>.

Existen 2 tipos de succión: nutritivo (Brinda nutrientes esenciales: el amamantamiento y el biberón); y no nutritivo (Asegura una sensación de sentirse bien, con calor humano y con sentido de seguridad). Es el hábito más

temprano, adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y la necesidad de contacto <sup>(36)</sup>.

La succión digital del pulgar, cuya frecuencia en niños y adolescentes es cada vez mayor y cuyo enfoque para su diagnóstico, tratamiento clínico y epidemiológico ha sido estático, centrado en la mayoría de los casos, en el componente psicológico que implica la repetición inconsciente de todo hábito perjudicial y en sus efectos específicos sobre los dientes y la oclusión, sin tomar en cuenta que el comportamiento del sistema puede estar afectado por otras características asociadas al fenotipo y genotipo del individuo <sup>(37)</sup>. A nivel social puede interferir en su desarrollo ya que puede ocasionar que el menor sea objeto de burlas, crítica, rechazo o incluso castigo <sup>(15)</sup>.

Los hábitos de succión son relacionados con un aumento de las alteraciones de la oclusión. El tipo de maloclusión que pueda desarrollarse depende de varias condiciones: la posición del dedo o la mandíbula durante la succión, la fuerza del dedo y la frecuencia y duración de la succión <sup>(4, 15)</sup>. Este patrón habitual deletéreo a menudo está asociado con trastornos respiratorios y fundamentalmente con alteraciones psicológicas, y unido a otros factores tales como: herencia, causas de desarrollo de origen desconocido, traumas, agentes físicos, enfermedades, malnutrición y otros hábitos, constituyen de modo general la etiología de las maloclusiones dentarias <sup>(38)</sup>.

Las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada. Estas maloclusiones no se producen exclusivamente por la presión directa que sobre las arcadas ejerce el dedo, sino que su desarrollo también se ve favorecido por la modificación del funcionamiento de la musculatura perioral y lingual que provoca el hábito <sup>(9)</sup>.

Las disfunciones ante la presencia de hábitos como la succión digital del pulgar, afectan el crecimiento de los huesos o la forma de los mismos, especialmente en

edades escolares, donde el niño está en proceso de crecimiento y desarrollo (37). *Proffit* define a las disfunciones neuromusculares como el funcionamiento anormal de ciertos grupos musculares que afectan en alguna medida las funciones de todo el sistema estomatognático. La Disfunción Labial se observa al no producirse el cierre labial funcional (los labios están unidos con contracción muscular). La Disfunción Lingual se refiere a la posición anómala que adopta la lengua, tanto en deglución como en reposo. Al momento de deglutir el paciente realiza una mueca característica por contracción labial y la lengua se proyecta entre las arcadas dentarias. Todos los que tienen mordida abierta protruyen la lengua pero no ocurre a la inversa (21).

Las posibilidades terapéuticas para la succión digital actualmente son:

- Tratamientos conductuales para modificar la conducta: reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable en los dedos del niño), técnicas de prevención de respuesta (brazaletes que impiden doblar el codo, dedos con apósitos, mangas cosidas, usar guantes) (9).
- Dispositivos ortodóncicos fijos/extraíbles con diferentes diseños. El más clásico es la reja lingual. Este dispositivo actúa de barrera mecánica contra la succión, de un modo pasivo (9).
- Terapia miofuncional. Incluye un conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar el patrón muscular inadecuado (9).

Se han descrito procedimientos consistentes en explicar al niño mediando modelos de yeso y láminas ilustrativas en presencia de los padres, con objeto de que estos refuercen las consecuencias del hábito de la succión digital. Se les explica los problemas estéticos que ocasiona (deformación de la cara y de la boca) sin contar los daños para su salud. Se les aconseja ir a la cama abrazando algún juguete para mantener las manos ocupadas y evitar la succión. El tratamiento suele consistir en una visita mensual durante unos 6 meses, si bien la mayor parte de los niños interrumpen su hábito antes de los tres meses. En cada una de las visitas, se refuerza el condicionamiento del niño con las consecuencias

negativas y, si ha mejorado se le felicita o se le premia de alguna manera. Practicado por un psicólogo experimentado el porcentaje de remisiones permanentes llega a alcanzar hasta el 80% (13).

Otros métodos utilizados son los de reforzamiento positivo (un pequeño premio por cada periodo de tiempo pre-establecido que el niño es capaz de estar sin succionarse el dedo, dar puntos por cada día sin hábito con un premio al llegar a un cierto número de puntos, arrancar la hoja de cuaderno por cada día sin hábito con un premio cuando se acabe el cuaderno, etc.), reforzamiento diferencial (retirada de un estímulo positivo cada vez que se succione el dedo), o reconducción del hábito (enseñar al niño una respuesta competitiva, inmediata al hábito como el cruzar los brazos, cerrar el puño y otras) (13).

Vázquez, en un artículo redactado en el 2013 informó sobre niños que se chupan el dedo y tres alternativas más comunes para que dejen de hacerlo como identificar las causas si lo realiza para conciliar el sueño, por ansiedad o depresión; para modificar la conducta con el apoyo de los padres premiándolos cuando realicen un acto de forma adecuada, y utilizar remedios caseros como untar en el dedo zumo de limón, vinagre o esmalte amargo (39).

De hecho, los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema conocido como estomatognático y desequilibrar las fuerzas musculares externas e internas hasta producir una deformación ósea; pero otras veces se agregan a ello ciertas presiones que por lo general no están presentes, tales como la ejercida por el dedo en la succión o la interposición de otros objetos; alteraciones capaces de ocasionar trastornos emocionales, psicológicos y del aprendizaje en niños y niñas, así como dañar otros aparatos orgánicos (respiratorio y digestivo) (37).

Sobre los hábitos bucales deformantes se puede actuar y han sido ampliamente estudiados y manejados por diversos autores, de modo que al identificarlos, resulta posible precaverlos y tratar al paciente de manera holística, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial (37).

Barber <sup>(40)</sup>, plantea que en el trabajo de prevención se está comprometido a conducir al niño hasta la edad adulta desprovisto de todo tipo de enfermedad dental, adiestrándolo en técnicas de cepillado, higiene bucodental, educación nutricional y corrección de hábitos. En todas las unidades del Sistema Nacional de Salud cubano se realizan acciones de Educación para la Salud, las cuales carecen de sistematicidad y de otros requisitos de calidad. El programa de educación sanitaria en la escuela es el más eficaz y rentable de todos los programas. El niño es un individuo en período de formación física, mental y social, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación de hábitos, lo cual le hace el más receptivo de los educandos <sup>(15)</sup>.

Contrariamente de los gigantescos esfuerzos que ha realizado el MINSAP en cuanto a la prevención para la disminución de los problemas estomatológicos y dentro de ello la eliminación de los hábitos bucales deformantes como factor primordial de compromiso de maloclusiones, resulta evidente que todavía se observa un incremento marcado en la práctica de estos, así como otros estudios realizados por diferentes autores, donde se puede apreciar la elevada prevalencia de estos hábitos perjudiciales en grupos de escolares de primaria <sup>(5)</sup>.

La etiología multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el fin de disminuir su incidencia <sup>(41)</sup>.

Por todo lo anterior debe reorientarse la práctica médica y estomatológica para facilitar el protagonismo de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en un proceso conjunto, 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; así, por lo antes expuesto puede asegurarse que es importante eliminar el hábito de succión de forma eficaz y temprana, para lo cual se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación de los niños y niñas al respecto.

Con este objetivo se decidió fomentar la salud bucal para eliminar el hábito deformante que podrá ser modificado con métodos educativos como mecanismos didácticos, sencillos y amenos, encaminados a disminuir la prevalencia y gravedad de las patologías ortodóncicas, y determinar cómo influye el hábito en un grupo de escolares de la enseñanza primaria, en las edades de 9-12 años de edad, siendo este grupo de edad el menos intervenido en la bibliografía consultada.

## **Material y Método**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después), del tipo intervención educativa para modificar el hábito de succión digital en niños de 9 a 12 años de la Escuela primaria “Aguedo Morales Reina” del municipio Ciego de Ávila desde septiembre hasta diciembre del 2014.

La población de estudio estuvo constituido por 40 alumnos con hábitos bucales deformantes de quinto y sexto grado de la Escuela Primaria “Aguedo Morales Reina” del municipio Ciego de Ávila y la muestra quedó constituida por 12 niños que fueron seleccionados al aplicarse los criterios de inclusión y exclusión.

### *Criterios de inclusión:*

- Niños que presenten el hábito de succión digital.
- Niños cuyos padres o tutores permitan que participen en el estudio (anexo 1)

### *Criterios de exclusión:*

- Niños que durante el transcurso de la intervención educativa se trasladen a otro centro escolar.

### *Los métodos aplicados durante la investigación fueron:*

#### 1-Métodos del nivel teórico:

- Análisis síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia.
- Inducción deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

## 2-Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, lo cual nos permitió aplicar un programa de estrategia de intervención educativa que alcanzara el logro del objetivo general de la investigación.
- Se confeccionó una planilla de recogida de datos (Anexo 2) que fue aplicado por una estomatóloga general básica al inicio y después de 2 meses de la aplicación del programa educativo (Anexo 3).

No se especificó la fuente de donde se obtuvo la información para tabularla porque es una fuente primaria y no es necesario ser repetitivos y monótonos.

### *Desarrollo de la investigación*

Programa de Intervención: Se ha estructurado en las siguientes fases:

**FASE I:** Etapa Diagnóstica: Se aplicó una planilla de recogida de datos (anexo2), confeccionada por la autora y validado por criterios de expertos (anexo 4) que sirvió para identificar la presencia del hábito deformante en cuestión, así como el nivel de conocimiento que poseen sobre éste, lo que permitió definir los temas que se impartieron teniendo en cuenta las necesidades de enseñanza y el comportamiento detectado. A continuación se construyó y aprobó el Programa a través del dictamen del consejo científico.

Se tuvo en cuenta los conocimientos alcanzados por la autora en adiestramiento previo y se procedió a la actualización del tema; así como técnicas participativas y educativas que se utilizarán, para facilitar la comprensión de los temas que se impartirán.

**FASE II:** Etapa de Intervención: En este período se realizó la intervención educativa como se trazó en el programa (anexo 3), intentando un enfoque práctico-situacional en el que los estudiantes generasen conocimientos, el mismo fue creado por la autora y validado por criterios de expertos (anexo 4). El programa educativo estuvo constituido por 6 temas impartidos en 6 sesiones, con una frecuencia semanal, y por espacio de 6 semanas, que fueron transmitidos al

total de la muestra en la dirección del centro escolar “Aguedo Morales Reina” a los que se les ofreció la información atendiendo a:

- Concepto de Hábito.
- Ejemplos de hábitos deformantes y concepto de cada uno.
- Etiología de la succión digital.
- Daños que provoca la succión digital.
- Tratamientos para la eliminación de la succión y de los daños dentomaxilofaciales que ocasiona.

**FASE III:** Etapa de Evaluación: Se evaluó en la Séptima sesión la modificación del comportamiento y el nivel de conocimiento sobre el hábito de succión digital, aplicando la misma planilla de recolección de datos (anexo 2) dos meses después de la Sexta sesión de la intervención, se tuvo en cuenta las mismas categorías de evaluación. Se recogieron las opiniones de los estudiantes sobre la intervención educativa.

*Operacionalización de las variables y definición de las escalas de medida:*

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala de clasificación</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicadores</b>
Edad	Cuantitativa Continua	9-10 años 11-12 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según género	Número y porcentaje

Nivel de Conocimientos	Cualitativa nominal politómica	Bien Regular Mal	Validación*	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Presencia de maloclusión	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente No Presente	Según las manifestaciones que presente cada niño**	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Presencia de disfunción Neuromuscular.	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente No Presente	Según las manifestaciones que presente cada niño***	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Persistencia del hábito	Cualitativa Nominal dicotómica	Presente No Presente	Presencia del hábito al finalizar el estudio	Número y porcentaje

\*Validación:

Las Preguntas 5, 7 y 14 se clasificaron en correctas o incorrectas, según respondió el encuestado.

Las Preguntas 6, 10 y 15, que son de respuesta múltiple se clasificaron de correctas al responder acertadamente más de la mitad de las opciones.

Las preguntas 1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 12 y 13 no se tuvieron en cuenta para la evaluación, pues el objetivo de ellas fue proporcionar información al estomatólogo sobre datos generales, costumbres, y conductas de los encuestados.

Si respondió de:

. 4 a 6 correctamente (Evaluación de Bien)

. 2 a 4 correctamente (Evaluación de Regular)

. 0 a 2 correctamente (Evaluación de Mal)

El punto número 16 de la planilla de recogida de datos se redactó para recoger mediante la inspección visual las características clínicas del succionador digital que presenten los niños estudiados.

\*\* Manifestaciones que puedan presentar los niños con el hábito.

- Vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas.
- Linguoversión de incisivos inferiores.
- Retrognatismo mandibular.
- Mordida abierta, que dependerá de los dedos succionados.
- Micrognatismo transversal.

\*\*\* Manifestaciones que puedan presentar los niños con el hábito.

- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.
- Protracción lingual.
- Disfunción de lo Pterigoideos laterales

#### *Fundamentación ética de la investigación:*

Durante el progreso de la investigación se cumplió con el principio de proporción favorable de riesgo beneficio, ya que los beneficios que se obtuvieron con la intervención educativa fueron mayores que los riesgos. Se cumplió con el principio de consentimiento informado ya que a todas las personas involucradas en la investigación, (Dirección de la escuela primaria, los maestros de los estudiantes, los niños y sus padres o tutores) se les informó todo lo relacionado con el proceso de la investigación, además se solicitó el consentimiento de los niños y el de sus padres o tutores, así como se respetó su decisión de participar o no en la intervención. En caso afirmativo se les explicó las características de la misma y se

recogió su consentimiento informado (Anexo1). Esta investigación se realizó conforme a los principios éticos para investigaciones biomédicas establecidos en la Declaración de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

*Procesamiento Estadístico:*

Toda la información fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes y llevada a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 18.0 para Windows y se utilizó la prueba no paramétrica de los signos para comparar las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes antes y después de la intervención con una significación del 5% apropiado cuando se tiene dos muestras pareadas y se clasifican los individuos según las categorías de una variable cualitativa ordinal.

### **Análisis y discusión de los resultados:**

La principal tarea de la estomatología actualmente es la promoción de la salud bucal a la población y para cumplir este objetivo se hace necesario incrementar numérica y cualitativamente las actividades educativas que se ofrece a la misma. La educación para la salud, como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, con el objetivo de lograr un mejoramiento de sus condiciones de salud.

Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud es conocer actitudes, pues es sobre la base de ellos que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y las poblaciones y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo. Los trastornos de la oclusión se comienzan a manifestar en las primeras etapas de la vida, de ahí que su tratamiento en estos períodos, sean eficientes y con resultados más estables que en etapas posteriores.

Tabla No. 1 Distribución de los niños examinados según edad y sexo.

Escuela Primaria “Aguedo Morales Reina”, Ciego de Ávila, Septiembre 2014.

EDADES	SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
9-10	4	<b>57.1</b>	3	<b>60.0</b>	7	<b>58.3</b>
11-12	3	<b>42.9</b>	2	<b>40.0</b>	5	<b>41.7</b>
TOTAL	7	<b>100</b>	5	<b>100</b>	12	<b>100</b>

En la tabla número 1 se aprecia la prevalencia de los representantes de 9-10 años lo que coincide con estudios realizados en el municipio Habana Vieja <sup>(5)</sup> y en España <sup>(37)</sup> en los cuales predominan los hábitos bucales deformantes en los niños de menor edad.

En algunos países, la incidencia de este hábito puede llegar al 90% aunque lo normal en los países occidentales es que afecte al 15-45% de los niños. *Greenleaf* <sup>(10)</sup> plantea que la mayoría de los niños abandonan el hábito hacia los 3 años, sin embargo en algunos casos este hábito permanece hasta edades entre los 6 y 12 años. Algunos autores han descrito una prevalencia de hasta el 6% en niños de 11 años.

La prevalencia que citan los diferentes autores oscila entre el 1,7 y el 47% <sup>(9)</sup>. Estas diferencias pueden explicarse por la edad a la que se realice el estudio, pues mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye.

En un estudio epidemiológico realizado en Mangalore, India, se encontró que del total de niños examinados, 3,1% tenía el hábito de succión digital, por ciento inferior al obtenido en este estudio. En otro trabajo realizado en la Universidad de Iowa, USA, se encontró que era más frecuente los niños con hábito de succión digital <sup>(8)</sup>.

Al crecer el niño debe desprenderse de la práctica de estos hábitos perjudiciales. *Fernández y Acosta*. Semejante investigación realizada en la provincia de Pinar del Río mostró también al grupo de menor edad como los de mayor número <sup>(42)</sup>. En nuestro país, por estudios realizados en esta década la cifra de afectados oscila entre 27% y 66%. Según la encuesta Nacional realizada en 1998; de un total de 1,197 encuestados en las edades de 5, 12, 15 años, el porcentaje de afectados fue de 29%, 45% y 35% respectivamente para un total de 36,3%, el sexo más afectado fue el femenino (52,6%), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas <sup>(21)</sup>.

La presente investigación concuerda con *Vera y Chacón*. Es más frecuente el hábito en las niñas para un 58.3% de la muestra, similares resultados obtuvieron equipo de *IQB* (7), ya que este equipo considera que son más afectadas las niñas por los hábitos y en específico el de succión digital, al igual que otros autores (5). *Furuki* en 2010 obtuvo mayor representación en el género femenino y en los infantes del menor grupo de edad (43).

*Martín Sanjuán* y el resto de su equipo en la investigación titulada: Hábitos parafuncionales orales en una población de pacientes especiales encontraron que fue significativo estadísticamente que las niñas presentaron con más frecuencia succión digital y que este hábito se dio en niños más pequeños (44).

*Martínez Ramos, Corona Carpio, González Rodríguez y García Milanés* en uno de sus estudios apreciaron que el sexo más afectado por el hábito de succión digital de acuerdo con la frecuencia fue el femenino, para el 76,6 % en el grupo estudio y el 70 % en el grupo control (45).

*Bach E, Quiros O, Quiros L, Quiros J* en sus estudios encuentran prevaleciente el sexo femenino (3). *Greenleaf y Maya Hernández* reconocen que las niñas son más afectadas que los niños en la proporción de 2:1 (10, 13). *Reyes Romagosa, Paneque Gamboa, Almeida Muñiz, Quesada Oliva, Escalona Oliva y Torres Naranjo* realizaron un estudio en el municipio de Manzanillo, apreciando el predominio del sexo femenino (46).

*Patel y Moles* realizaron un estudio de prevalencia de succión digital y de chupones en 13 escuelas de Kettering, Reino Unido. De los 1.886 alumnos de 7 a 11 años de edad, 713 (39.9%) fueron positivos al hábito, dentro del cual 331 (46.4%) fueron varones y 382 (53.6%) mujeres (47). *Escobar* considera que estos hábitos son más severos en niñas que en niños (48); coincidiendo también con este estudio.

*Vega, Yanez, Urdaneta, Villalobos* en su trabajo: Hábito de succión digital del pulgar y comportamiento del sistema estomatognático según biotipo

facial efectuado en el 2006, obtuvieron igualmente mayor representación femenina en su muestra conformada por 31 hembras (64,6%) y 17 varones (35,4%) <sup>(49)</sup>.

*López Delgado* en la escuela fiscal "Alejandro Carrión Aguirre" según el índice de succión digital aplicado determinó el predominio de 4 individuos del sexo masculino con el 75% sobre las 3 del sexo femenino para un 25% <sup>(50)</sup>. *Morán y Zamora* en el año 2013 encuentran con mayor prevalencia la succión digital en niños que en las féminas, difiriendo con este estudio donde prevalecieron las afectadas femeninas <sup>(51)</sup>. Coincidió con los resultados arrojados en la investigación: "Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria" <sup>(52)</sup>, pues el sexo prevaleciente es el femenino.

*Sánchez Ruiz* en su Estrategia de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes desarrollada en el 2013 obtuvo como hábito más frecuente la succión digital (25 %) y como sexo más afectado el femenino. La misma autora comprueba la disminución del hábito según avanza la edad <sup>(45)</sup>. *Echevarría* sostiene que el hábito disminuye conforme aumenta la edad <sup>(53)</sup>. Resultados estos con los que concuerdo cualitativamente.

El ecuatoriano *Guerrero Chun* determinó que en algunos casos este hábito permanece hasta edades entre los 6 y 12 años, con una prevalencia del 20,7% presentaban el hábito de succión digital, resultando el sexo femenino el más afectado con un 62,7%; y el grupo de edad de mayor incidencia fue el comprendido entre los 7 y 8 años <sup>(26)</sup>. Discrepo con la investigación de *Suarez*, pues la mayor representación la tuvo en el grupo de mayor edad <sup>(54)</sup>.

Teniendo en cuenta los resultados que dieron al traste con esta intervención, y la experiencia adquirida en consulta durante los ingresos al realizar el interrogatorio, se pudo comprobar que la presencia de niñas succionadoras digitales es mayor que la representación masculina; y que conforme aumenta la edad es menor la prevalencia del patrón deformante.

Tabla No. 2 Comportamiento de la maloclusión según edad y sexo.

EIDADES	SEXO							
	Femenino				Masculino			
	Presenta		No Presenta		Presenta		No Presenta	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
9-10	4	<b>57.1</b>	0	<b>0</b>	3	<b>60.0</b>	0	<b>0</b>
11-12	3	<b>42.9</b>	0	<b>0</b>	1	<b>20.0</b>	1	<b>20.0</b>

Las maloclusiones se observaron en 91.7% de la muestra, pues el 20.0% del sexo masculino no presenta maloclusión, planteamiento que es confirmado por la bibliografía consultada que plantea que el hábito no siempre conduce al establecimiento de trastornos de la oclusión. Es cierto que muchos de ellos pueden practicar hábitos de succión sin deformidad entofacial patente. También es cierto que los hábitos de presión de la succión son causa directa de las peores formas de maloclusión <sup>(22)</sup>.

*Ferreira* plantea en su Programa preventivo e interceptivo de maloclusiones en la primera infancia que, las mayores deformaciones maxilares y dentarias se observaron en la succión digital, y se debe a que el dedo constituye un elemento rígido, no colapsable y está disponible en todo momento según las necesidades de succión del niño <sup>(55)</sup>.

Es sabido que las deformaciones dentoesqueletales que producen estos hábitos dependerán de la intensidad y frecuencia de este <sup>(55)</sup>. *Rokosi* concluyó con su estudio en serie de 693 niños con el hábito de succión digital, que la succión del pulgar podía ser un factor causal de maloclusión, especialmente la de segunda clase <sup>(56)</sup>.

*Hotz* explica en sus estudios sobre la succión del pulgar, que estos provocan mordida abierta anterior, protrusión espaciada, mayormente unilateral, de los incisivos superiores e inclinación del eje de los incisivos inferiores hacia atrás, desde luego, ello puede dar lugar a una oclusión distal o puede empeorar en gran manera una oclusión distal ya existente (57-60).

*Sánchez Ruiz* observó que los niños que practican algún hábito deformante presentan mayor porcentaje de maloclusión, aunque hay niños que presentan el factor causal de hábitos y su oclusión es compensada (5). *Restrepo* (61) afirma que la succión digital es la mayor causa de mordida abierta anterior.

Cuando se produce la erupción de la dentición temporal sucede un cambio en el patrón deglutorio y es a partir de, aproximadamente, los cuatro años de edad cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo originando maloclusiones. También a partir de esa edad (cuatro-cinco años) aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño (9).

*Afirman Díaz Pisan y Cruz Chu* que la frecuencia y duración del hábito son factores que parecen influir más en la ocurrencia de una maloclusión, que la propia intensidad de la práctica deformante. Según *Alemán*, cuando la costumbre de chuparse el pulgar consigue presionar sobre los dientes por encima del umbral adecuado (6 horas diarias o más), podría llegar a desplazarlos; por tanto, el efecto de su posición no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre esas piezas, sino del tiempo de actuación del mal hábito (29). Reflejándose esto en el examen de la boca realizado, pues durante la recogida de datos individuales los niños que manifestaron mayor frecuencia de succión son los portadores de las maloclusiones más serias.

Varios autores plantearon en 2011 tras la realización de una investigación, que entre las características clínicas de los integrantes de la serie, preponderó la versión vestibular de los incisivos superiores, como consecuencia de la succión digital, lo que intensifica la formación de maloclusiones (62).

Farra Otero realizó un estudio en el 2012, en el cual registró que la succión digital produce alteraciones oclusales y dentales severas ya que produce una mayor actividad de los músculos periorales, determinó que las alteraciones dentoalveolares que conlleva el hábito de succión digital son mordida abierta, y maloclusión clase II, entre otros; y que el 60% de los pacientes tienen una frecuencia del hábito de más de 4 veces al día <sup>(63)</sup>, similar a este estudio donde se obtuvo mayor porcentaje.

Furuki en 2010 de un total de 90 pacientes succionadores obtuvo que el 70% mostraban maloclusiones (Clase I de 50-55% suele ser el grupo más numeroso; las maloclusiones de clase II aproximadamente un 15% son casi la mitad de las oclusiones normales; y la clase III, menos del 1%) y solo 27 niños tenían oclusión normal según Angle <sup>(43)</sup>.

*Guerrero Chun* en un estudio realizado en Ecuador con la participación de los progenitores de los niños succionadores mostró, que a 66 niños los padres le han visto cambios en sus dientes a causa del hábito de succión digital lo que corresponde a un 72.5% y 25 de ellos que equivalen al 27.5% respondieron que no han visto ningún cambio en los dientes de sus hijos. El investigador luego de examinar a los niños diagnosticó la maloclusión al 100% de la muestra, repartidos de la siguiente manera, de la clase I se encontraron 25 que corresponde al 27%, con maloclusión clase II a 59 niños equivalentes al 65% y 7 de ellos se encontraron con maloclusión de clase III que corresponde al 8% <sup>(26)</sup>. En el presente estudio se obtuvo prevalencia de niños con maloclusión de Clase I y el 25% de distoclusiones.

Actualmente está admitido casi por la totalidad de los autores el hecho de que la succión prolongada es uno de los principales condicionantes de síndromes de clase II división primera <sup>(29)</sup>, que tiene gran influencia en la aparición del escalón distal patológico al nivel de los segundos molares temporales en edades tempranas.

Concuero con los resultados obtenidos por Vázquez Amoroso, González Luna y Antelo Vázquez en 2005 <sup>(64)</sup>, donde presenciaron que del total de niños portadores del hábito de succión digital el 75.4% presentaron maloclusiones; y en el 2012 por otros autores <sup>(52)</sup>, al igual que en el presente trabajo, donde más del 50.0% de la muestra se encuentra afectado.

Se ha demostrado que el hábito de succión digital fue el que más asociación causal presentó con la prevalencia de maloclusiones en niños que recibieron atención primaria en la Clínica Estomatológica Provincial Docente de Santiago de Cuba desde septiembre 2005 a junio 2006 <sup>(45)</sup>.

Santiso Cepero, Mursulí Pereira M y Santiso Legón en 2012 encontraron una fuerte asociación entre el hábito de succión digital y la aparición de alteraciones en las características normales de la oclusión <sup>(33)</sup>. Doctores venezolanos consideran que las prevalencias de perfil convexo fueron significativamente más altas en los grupos de interposición lingual (85%) y succión digital (83%) <sup>(65)</sup>.

Otros autores consideran también que la lengua protráctil y la succión digital pueden modificar la posición de los dientes, así como la relación y forma de las arcadas dentarias <sup>(66)</sup>. *Morán y Zamora* en el año 2013 encuentran el sexo masculino como el más afectado, siendo la Clase I y II de Angle las más vistas, discordando con este estudio donde prevalecieron las afectadas femeninas <sup>(51)</sup>.

*Vega, Yanez, Urdaneta y Villalobos* en su trabajo: Hábito de succión digital del pulgar y comportamiento del sistema estomatognático según biotipo facial efectuado en el 2006, en el cual estudiaron 48 pacientes en edades entre los seis y once años obtuvieron que la alteración de la oclusión dentaria más observada en el plano vertical fue la mordida abierta anterior <sup>(49)</sup>.

*López Delgado* en la escuela fiscal "Alejandro Carrión Aguirre" en Guayaquil encontró que el 75% del sexo masculino con el hábito de succión digital presentó mordida abierta anterior y solo un 25% del sexo femenino. El mismo autor plantea que si el empuje del pulgar es total sobre la región de los incisivos superiores, estos se sobreponen en una forma agravada sobre los inferiores; pero si el pulgar

íntegro es colocado entre los dientes inferiores y los superiores resulta comúnmente en una mordida abierta <sup>(50)</sup>.

En la investigación: Efectos causados por el hábito de succión digital en los dientes, tejidos blandos y duros en julio de 2014, se muestra que el 90% de los niños presentan cambios en los dientes <sup>(36)</sup>. 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 <sup>(47)</sup>.

Según el procesamiento de los datos recogidos en las encuestas de cada niño estudiado, se determinó que las alteraciones de la oclusión más frecuente fueron la vestibuloversión de incisivos superiores y linguoversión de incisivos inferiores, y los casos más graves de maloclusión se presentaron en aquellos que con más frecuencia se llevaban el dedo a la boca.

Tabla No. 3 Presencia de disfunciones neuromusculares según edad.

EDADES	Disfunciones Neuromusculares	
	No.	%
9-10	7	<b>58.3</b>
11-12	5	<b>41.7</b>
TOTAL	12	<b>100</b>

Los 12 niños del estudio están afectados neuromuscularmente, presentando disfunción lingual, del orbicular de los labios y de los pterigoideos laterales, de forma individual y en 50.0% de los niños se observó más de un músculo afectado; razón por la cual en una de las sesiones educativas fueron mostrados y practicados los ejercicios mioterápicos. Confirmándose la fuerte asociación entre la práctica del hábito y la presencia de las disfunciones neuromusculares.

La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y bucinadores, retarda su maduración, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, todo lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras. Las principales consecuencias son pérdida de tonicidad en algunos músculos de la cara, desarrollo anormal de otros y deformación en los labios (10,13).

*Proffit* plantea que la succión digital conlleva a alteraciones musculares tales como la hipotonía labial (sobre todo de labio superior) y labio inferior hiperactivo, con contracción anormal durante la succión y la deglución. Es decir, al tragar observaremos que el labio inferior realiza un sobreesfuerzo (67).

En caso de protracción lingual, se plantea que muy a menudo este hábito queda como residuo del chupeteo del dedo o debido a amígdalas hipertróficas, y no es más que la proyección de la lengua hacia delante durante el acto de la deglución,

interponiéndola entre los arcos dentarios, producto de ello se puede apreciar una mordida abierta anterior y vestibuloversión de incisivos ,entre otras (4, 16, 19, 22, 68).

*Martínez Ross, Erik Martínez y Alfonso Fernández* recalcan la necesidad de examinar con cuidado extraoral e intraoralmente al paciente debido a que el hábito de la succión digital se puede presentar junto a otros hábitos tales como la protrusión lingual, lo cual empeoraría la oclusión dentaria (mordida abierta) (69).

En el estudio “Eficacia de la terapia floral de Bach aplicada en niños de primer grado con hábito de succión digital” efectuado en Santiago de Cuba se relacionó el hábito de succión con la disfunción lingual. La lengua protráctil fue encontrado en el 46,7 % en el grupo estudio y 60 % en el grupo control (45).

Reyes, Torres, Quesada, Milá y Labrada al realizar un estudio descriptivo y transversal de 86 niños de 5-11 años de edad en 2013, hallaron respecto a los tipos de hábitos, la succión digital y la lengua protráctil como los más frecuentes, con 37,2 y 20,9 % en ambos sexos, y determinaron la relación entre ambos (70).

El ecuatoriano *Guerrero Chun* luego de encuestar a 91 padres de niños succionadores consiguió que 52 de ellos equivalentes al 57% respondieran que si han visto a su hijo colocar la lengua entre los dientes aparte del chupeteo el dedo y 39 respondieron que no han visto que el hijo coloque la lengua entre sus diente apartando el chupeteo lo que corresponde a un 43% (26).

Otros autores consideran que en esos pacientes existe una deglución normal con dientes juntos, pero persiste un empuje lingual, considerado como un mecanismo adaptativo para mantener una mordida abierta creada por algún otro proceso, que pudiera ser la succión digital (66).

*Martínez Menchaca* refleja en su investigación “Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila” que en cuanto a la posición y función de los labios, en algunos casos se ve incrementado la incompetencia labial, sobre todo en el funcionamiento del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, pudiendo desencadenar otro tipo de hábitos como respiración bucal o succión de labio inferior. Inclusive

dependiendo de la magnitud y fuerza, la succión puede provocar trastornos en el lenguaje <sup>(12)</sup>.

En la investigación: Efectos causados por el hábito de succión digital en los dientes, tejidos blandos y duros en julio de 2014, se muestra que el 90% de los niños presentan cambios en los labios <sup>(36)</sup>. En la presente investigación se crearon objetos llamativos para la práctica de la mioterapia, haciéndoles interesante y divertida la realización de los ejercicios.

Tabla No. 4 Evaluación del nivel de conocimientos sobre el hábito bucal deformante antes y después de aplicado el componente educativo según edad.

EADADES	Antes						Después					
	B		R		M		B		R		M	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
9-10	0	<b>0</b>	3	<b>25.0</b>	4	<b>33.3</b>	5	<b>41.7</b>	2	<b>16.7</b>	0	<b>0</b>
11-12	0	<b>0</b>	1	<b>8.3</b>	4	<b>33.3</b>	4	<b>33.3</b>	1	<b>8.3</b>	0	<b>0</b>
TOTAL	0	<b>0</b>	4	<b>33.3</b>	8	<b>66.7</b>	9	<b>75.0</b>	3	<b>25.0</b>	0	<b>0</b>

Prueba de los signos P=0,000

En la primera sesión del programa donde fue aplicada la encuesta el 66.7% de los estudiantes obtuvieron la evaluación de mal, no alcanzando ninguno evaluación de bien. Al desarrollarse la séptima sesión los resultados encontrados fueron significativos pues el 75.0% del total habían adquirido el conocimiento suficiente sobre la succión digital y sólo 3 de ellos se calificaron de regular, demostrando con una confiabilidad del 95% que existen diferencias estadísticamente significativas (anexo 5), por lo que la intervención mejoró el nivel de conocimientos sobre el hábito bucal deformante antes y después, todo gracias a la labor de promoción.

*Ferrer* <sup>(15)</sup> en su trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Periodontología demostró que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje teniendo la oportunidad de reflexionar al respecto, discutiendo con otros y encontrando aplicaciones prácticas para sus conocimientos. Los alumnos aprenderán, comprenderán más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena. Cuanto mayor sea la variedad de métodos didácticos y medios auxiliares que se puedan emplear, más pronto se podrá atraer y retener la atención de los educandos.

Otros investigadores <sup>(62)</sup>, en adición, reconocen la educación en salud bucal como una excelente intervención para elevar el nivel de conocimiento de todos los que conforman el entorno del niño, mucho más si para ello se utilizan actividades grupales que corrijan tanto el proceso como el producto del aprendizaje <sup>(71)</sup>.

*Limonta* logró modificar el 70.7 % de conocimientos inadecuados al 92 % de adecuado luego de aplicar una intervención educativa sobre el estado de salud bucal en escolares de primaria en el 2002. *Chung* realizó similar trabajo en adolescentes y alcanzó cambios significativos en este tema, ya que antes de la intervención el 78.3 % tenía conocimientos inadecuados y después varió al 73 % de adecuados; *Díaz del Mazo L.* también consiguió modificar conocimientos a adecuados en más de la mitad de su muestra <sup>(15)</sup>.

*María Luisa Duque* <sup>(15)</sup> en el 2002 mostró los resultados alcanzados del nivel de conocimiento general sobre el hábito de succión y sus efectos antes y después de la intervención, de 44 escolares; 36 de ellos tenían un nivel de conocimiento inadecuado antes de la intervención, lo que representa el 81.8 %; solo 8 escolares tenían nivel de conocimiento adecuado para un 18.2%. Después de la aplicación de la intervención educativa, el 84.1 %, (37 educandos) adquirieron un conocimiento adecuado en cuanto al hábito y sus efectos, mostrando cambios altamente significativos.

*Ricardo Reyes* <sup>(37)</sup> en su estudio: Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. En cuanto al nivel de conocimiento general sobre el hábito de succión digital y sus efectos, halló que éste era inadecuado en 41 de los 48 escolares antes de la intervención educativa; pero después de efectuada, 43 de ellos (89,58 %) adquirieron la información adecuada al respecto.

*González, Morgado, Díaz, Rodríguez y Puga* <sup>(72)</sup> al evaluar el programa “Mi dedito feliz” en un total de 20 niños obtuvieron antes de la intervención predominio de los niños con conocimientos medios e insuficientes y después lograron la totalidad de los niños y sus madres con conocimientos suficientes y medios, logrando modificar

favorablemente los conocimientos de madres y niños, así como el abandono parcial del hábito.

Más recientemente *Cueria M.* <sup>(15)</sup> en un estudio similar en 4to Grado en la provincia de Guantánamo concluyó que 96.5% de los estudiantes poseían bajos conocimientos sobre salud estomatológica antes de recibir la labor educativa y luego el nivel de conocimiento fue bueno, en un 94.1% de los escolares.

Concuero con autores como *Limonta* <sup>(73)</sup>, *García Alpízar*, *Pérez Borrego*, *Fiorrillo* y *Bolaño* <sup>(14)</sup> en que la causa primaria del éxito obtenido fue la activa participación y disposición de los estudiantes. Se demostró la eficacia del programa educativa con el avance hacia el mejoramiento de los conocimientos, al igual que en los programas desarrollados por *Limonta Vidal* <sup>(73)</sup>, *García Alpízar* y *Pérez Navarro* <sup>(14)</sup>.

Tabla No. 5 Abandono del Hábito según edad y sexo.

EIDADES	SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
9-10	3	<b>42.8</b>	2	<b>28.6</b>	5	<b>71.4</b>
11-12	2	<b>40.0</b>	0	<b>0</b>	2	<b>40.0</b>
Total	5	<b>71.4</b>	2	<b>40.0</b>	7	<b>58.3</b>

Como se puede observar en la tabla 5 la presencia de hábito se pudo reducir en el 58.3% de los estudiantes, de los 5 individuos del sexo masculino solo el 40.0% renunció al patrón deformante, lo que muestra que figuran evidencias altamente significativa de que la intervención fue exitosa. El abandono del hábito por solamente 7 de los niños se debe a que en estas edades la práctica es complicada y se requiere no solo de educación para la salud, sino también de terapia con psicólogos y el reforzamiento con mecanoterapia. El 41.7% de los niños que mantuvieron el hábito manifestaron la disminución del mismo, al practicarlo solamente al acostarse.

Los hábitos se deben eliminar tempranamente valorándose previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto <sup>(16)</sup>. Al igual que en el presente estudio otros autores obtuvieron predominio de erradicación del hábito en una muestra de 115 niños. Diversos doctores refieren haber obtenido buena efectividad con la aplicación de algunas técnicas psicoterapéuticas como la sugestión directa y dinámica de grupo <sup>(74)</sup>.

Los resultados concordaron con los de *Limonta Vidal* en su trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral quien al

relacionar el conocimiento general con la práctica deformante obtuvo que algunos niños, a pesar de tener información correcta sobre su nocividad, permanecieron succionándose el dedo <sup>(41)</sup>.

Igual sucedió con *Ricardo Reyes* que modificó comportamientos en escolares de la Escuela Primaria "Marcos Martí Rodríguez" de Santiago de Cuba, durante el 2009; donde el 66,7 % abandonaron esa práctica deformante por haber comprendido su nocividad desde los puntos de vista estético y funcional. El análisis del conocimiento de los escolares con respecto a los cambios conductuales después de la intervención, así como del conocimiento general acerca del hábito, reveló que solo 32 de los 41 alumnos con información adecuada lograron eliminarlo, de manera que la práctica nociva no se modificó en la misma medida que el conocimiento <sup>(37)</sup>.

*Maya* <sup>(13)</sup> y *Conde* <sup>(75)</sup> realizaron estudios en los que lograron una elevada reducción de la práctica de los hábitos deformantes con el empleo de diferentes métodos educativos. *Crespillo* <sup>(76)</sup> encontró semejantes resultados en una intervención educativa realizada en Cárdenas donde consiguió cambios favorables en un 91 %, en cuyo estudio se hizo evidente la efectividad de aplicar métodos afectivo participativos. En 2006 *Martínez Ramos, Corona Carpio, González Rodríguez y García Milanés*, lograron en un grupo estudio que 15 de los niños (50 %) que practicaban el hábito de forma ligera y 5 (16,6 %) con hábito severo lo abandonaran <sup>(45)</sup>.

*Mayra Ordaz, Betty Hernández, Eva Ordaz, Alina Alea y George Àvila* en una investigación realizada obtuvieron que de los 7 casos analizados, 5 erradicaron el hábito y dos disminuyeron la frecuencia de succión, el tiempo invertido en ésta por día y las circunstancias en que aparecía <sup>(38)</sup>, similares fueron mis hallazgos.

*Duque* en el 2002 midió los cambios en el comportamiento de los escolares respecto a la práctica del hábito, y observó que 24 de los escolares abandonaron la misma, para un 54.5 %. *Nicot* <sup>(15)</sup> logró erradicar el hábito de succión digital en 96 % de su casuística mediante el uso de la técnica de sugestión e hipnosis,

combinada con actividades de educación para la salud en un período de un año. En otros estudios se han aplicado la digitopuntura y la sedación nocturna para eliminar los hábitos deformantes con resultados alentadores, por ser un método práctico, fácil, sencillo y económico; sin embargo, *Restrepo* <sup>(77)</sup> estima que muy pocas investigaciones acerca de la terapia contra la succión digital cumplen los criterios de calidad requeridos para la práctica basada en la evidencia.

*Los autores González, Morgado, Díaz, Rodríguez y Puga* al evaluar el programa “Mi dedito feliz” en 2010 obtuvieron que más de la mitad de los niños antes de la intervención tenían alta frecuencia del hábito y después la mayoría lo eliminó o disminuyó su frecuencia <sup>(72)</sup>, resultados que coinciden con los actuales. La elaboración y ejecución de programas educativos elaborados por los propios profesionales de la salud posee gran valor, pues aportan armas cognoscitivas a nuestros pequeños gigantes para erradicar malas prácticas.

## **Conclusiones**

- Se caracterizó a los niños portadores del hábito de succión digital según edad y sexo, predominando las féminas del primer grupo de edades.
- Se relacionó la presencia del hábito con la aparición de maloclusiones en once de los estudiantes y con la presencia de disfunciones neuromusculares en el total de la muestra.
- Se evaluó el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, la misma resultó ser beneficiosa por cuanto logró incrementar los conocimientos en el total de la muestra.
- Se identificó la eliminación del hábito en la mayor parte de los niños, sin embargo se hace evidente la necesidad de la participación de psicólogos y la colocación de aparatología para eliminar la práctica en el resto de la muestra.

## **Recomendaciones**

-Aumentar las actividades de educación y promoción de salud, así como la prevención en los centros escolares de primaria para propiciar que los infantes trasciendan hacia la adolescencia sanos.

-Desarrollar el programa educativo en los restantes centros de Enseñanza primaria en el municipio Ciego de Ávila.

## Referencias bibliográficas:

1. Bratos Calvo E, Rodríguez UMC, Alio SW. Prevención de las maloclusiones. En: Bascones Martínez A (editor). Tratado de Odontología II. Madrid: Trigo Ediciones; 1998. p. 251-6.
2. Secretaría Distrital de Salud (Colombia). Salud a su Hogar en cifras y hechos. Boletín de la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá: Grupo Funcional de APS; 2005.
3. Quirós Álvarez O, Quirós L, Quirós J. Orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr [Internet]. 2010 [citado 14 Ene 2010]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art1.asp>
4. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
5. Sánchez Ruiz M. Estrategia de intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 1ro a 3er grado de la escuela “Antonio Maceo” del municipio Chambas. [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2013.
6. Mosby. Diccionario en odontología. 2da edición. España: Elsevier Mosby; 2009.
7. Medina EC, Rosado Casanova AJ. Malos hábitos orales en infantes de guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med Instituto Mexicano de Seguro Social. 2011; 39(5):435-40.
8. Camacho Ruaigip O. Epidemiología de la respiración bucal en niños de Círculos Infantiles de Ciudad de La Habana. [tesis]. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2003.
9. Romero Maroto M, Romero Otero P, Pardo de Miguel AM, Sáez López M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. Scielo [Internet]. 2004 [citado 14 enero 2014]; 9(1) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2004000100006>.

10. Greenleaf S, Mink JA. Retrospective Study of the Use of the Bluegrass Appliance in the Cessation of Thumb Habits. *Pediatr Dent* [Internet]. 2003 [citado 14 Ene 2014]; 25(6):587-590. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14733476>
11. Succión Digital [Internet]. *PropDental*; Diciembre de 2010 [citado 24 Nov. 2014]. Disponible en: <http://www.propdental.es/blog/ortodoncia/succion-digital/>
12. Menchaca H R, Covarrubias G G, Menchaca R E, Alanís M G, Silva G R. Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila [tesis]; 2011.
13. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Rev Cubana Ortod* [Internet]. 2000 [citado 14 Ene 2014]; 15(2):66-70. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15\\_2\\_00/ord04200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm)
14. Torrez Gárriz L. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2007.
15. Duque de Estrada Bertot ML. Intervención educativa en niños con hábito de succión digital [tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2002.
16. Proffit WR. *Ortodoncia. Teórica y Práctica*. 2da ed. Madrid: Mosby-Dagma; 1996.
17. Mora Pérez C, López Fernández R. Aparatología ortodóncica y trastornos del lenguaje. *Rev Cubana Ortodoncia*. 2010; 16(1):38-46.
18. González R, O. D. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas*. 2012; 464-473.
19. Mayoral J, Mayoral G; *Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica*. La Habana: Científico-Técnica; 1986.
20. T, Á. Reporte de un caso clínico por mordida abierta [Internet]. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*; Marzo de 2011 [citado 24

Nov. 2014]. Disponible en: "Ortodoncia.ws:  
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art3.asp>

21. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM, Masson Barceló RM. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Garrigó Abreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdez García P, Ligón Padilla N, Sosa Rosales MC, et al. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: ECIMED; 2003. p. 261-340.

22. Moyers RE. Tratado de Ortodoncia. Primera Edición. La Habana: Edit. Científico-Técnica; 1966.

23. Izard G. Orthodontie. 3ra ed. París: Masson; 1950.

24. Uscamaita Guzmán C. Caries. Malposición dentaria. En: Uscamaita Guzmán C. Estomatología Integral. Tacna: Ediciones Tercer Milenio; 2012.

25. Villafranca F, Díaz- Esnal B. Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental. 1er edición; 2005.

26. Guerrero Chun J. Succión digital y su incidencia en la mordida abierta. [Tesis]. *Unidad Académica de Salud Ecuador* [Internet]. 2014 [citado 24 nov. 2014]; [aprox. 34 p.]. Disponible en: <http://186.42.197.150/tes/odo/T747.pdf>

27. Nievas, D. B. Malposición de los dientes [Internet]. No todo es pediatría; Mayo de 2013 [citado 24 Nov. 2014] Disponible en: <http://notodoespediatria.com/2013/05/14/malposicion-de-los-dientes-malocclusion-dentaria/comment-page-1/>

28. Var Normar RA. Digit sucking: a review of the literature, clinical observation and treatment recommendation. *Int J Orofacial Myology* [Internet]. 2009 [citado 14 Ene 2014]; 23: 14-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9487827>

29. Alemán Sánchez PC, González Valdés D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. Jun 2007 [citado 14 Ene 2014]; 44(2): [aprox. 12 p.].

Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001)

30. Palomer L. Efectos del hábito prolongado de succión de chupete o dedo sobre la dentición en el niño. *Pediatr Día*. 2007; 23(4):18-20.

31. Pinkham JR. Capítulo 26. Hábitos bucales. En: Pinkham JR. *Odontología Pediátrica*. 2da ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1994. p. 375-82.

32. Laboren M., M. C. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. [Internet]. 2010. [citado 24 Nov. 2014], Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>

33. Santiso Cepero A, Mursulí Pereira M, Santiso Legón Y. Efecto de algunos factores de riesgo sobre la oclusión dentaria en escolares de 5 años de edad. *MEDICIEGO*. [Internet]. 2011 [citado 24 Nov. 2014]; 17(Supl. 1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_supl1\\_%202011/pdf/T4.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/pdf/T4.pdf)

34. Arancibia P, Escalera M. Hábitos Orales y su relación en la instalación de maloclusiones [tesis]. Argentina: Universidad Católica de Salta; 2005.

35. Nieves P, Martín S, Echainz R. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoques terapéuticos. *Profesión dental (En línea)*. URL disponible en: <http://www.coem.org/revista/anterior/05-97/index.html>.

36. Mero Martillo MM. Efectos causados por el hábito de succión digital en los dientes, tejidos blandos y duros. *Univ. Guayaquil. Fac. Piloto de Odontología*. [Internet]. 2014 jul. [citado 24 Nov. 2014]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6228>

37. Ricardo Reyes M. Comportamiento de escolares de primaria con hábito de succión digital luego de una intervención educativa. *MEDISAN* [Internet]. 2011 [Citado 12 Ene 2014]; 15(2):222-227. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000200012&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000200012&script=sci_arttext)

38. Ordaz Hernández M, Hernández Becerra B, Ordaz Hernández E, Alea Martínez A, Ávila Ordaz G. Psicofiteres y succión digital. Una propuesta psicoterapéutica [tesis]. Pinar del Río: Universidad de Pinar del Río; 2004.
39. Vázquez, D. M. Niños que se chupan el dedo [Internet]. Eroski Consumer; Julio de 2013 [citado 24 Nov. 2014]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/ninos/2-4-anos/2013/07/02/217152.php>
40. Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. *Rev Cubana Estomatol.* 1980; 17(2):79-83.
41. Leyt S. Succión digital. El niño con el hábito. *Rev Ascoc Odont Argentina.* 2011; 83(2):125-8.
42. Medina Quiñones GB. Hábitos orales: requieren tan sólo un tratamiento. *Rev Facultad Odontológica.* 2010; 13(10):60-3
43. Furuki Hatta K. Frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas predominantes en niños de 5 a 12 años de edad. *Rev. Medicina UCSG.* [Internet]. 2010 [citado 24 Nov. 2014]; 16(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/100/62>
44. Martín Sanjuán C, Moreno Martín MC, De los Ríos de la Peña M, Urberuaga Erce M, Domingo Malvadí R. Hábitos parafuncionales orales en una población de pacientes especiales. *Gaceta Dental: Industria y Profesiones* [Internet]. 2010 nov. [citado 24 Nov. 2014]; XXI (219); 70-76. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3323775>
45. Martínez Ramos MR, Corona Carpio MH, González Rodríguez W, García Milanés M. Eficacia de la terapia floral de Bach aplicada en niños de primer grado con hábito de succión digital [tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2006.
46. Reyes Romagosa DE, Paneque Gamboa MR, Almeida Muñiz Y, Quesada Oliva LM, Escalona Oliva D, Torres Naranjo S. Factores de riesgo asociados a

hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: estudio de casos y controles. *Medwave*. [Internet] 2014 mar. [citado 24 Nov. 2014]; 14(2):

<http://www.medwave.cl/medios/medwave/Marzo2014/PDF/medwave.2014.02.5927.pdf>

47. Patel Anjali, Moles, David, O' Neil, Julian, Noar, Joseph. Digit Sucking in Children in Kettering (UK). *Journal of Orthodontics, Kettering – USA*. 2008; 35 (4): 255-261.

48. Escobar Muñoz F. Odontología Pediátrica. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. (AMOLCA), Caracas – Venezuela. *Rev. "Medicina"*. 2010; 16: 16 – 457.

49. Vega A, Yanez L, Urdaneta M, Villalobos J. Hábito de succión digital del pulgar y comportamiento del sistema estomatognático según biotipo facial. *Cienc Odontol*. 2006; 3(2):32-41.

50. López Delgado NM. Factores etiológicos de las mordidas abiertas anteriores en niños de 6 a 11 años de la escuela fiscal "Alejandro Carrión Aguirre" período 2013-2014. Univ. Guayaquil. Fac. Piloto de Odontología. [Internet]. 2014 jul. [citado 24 Nov. 2014]; [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://repositorio.uq.edu.ec/handle/redug/6205>

51. Morán V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Internet]. 2013 [citado 24 Nov. 2014]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>

52. González Ramos RM, Ochoa González DA, Silva Fors C, Cruz Ledesma I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. *Rev haban cienc méd*. [Internet]. 2012 sep.-dic. [citado 24 Nov. 2014]; 11(4):

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000400006&script=sci_arttext)

53. Echevarria García JJ, C. E. Hábito de Succión. Barcelona: Publicaciones Masson Salvat; 2010.
54. Suarez Elisabeth, S. W. Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad [Internet]. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria; Mayo de 2012 [citado 24 Nov. 2014]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>
55. Alvarez Páucar MA, Quiroz Gonzales K, Chamilco Gamarra A, Vásquez Tokuchi C, Luza Yaranga L, Huanca Sánchez J, et al. Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de las maloclusiones en infantes. Odontología. Sanmarquina. 2001; 14(2): 13-16.
56. Finn Sidney B. Odontología Pediátrica. 4ta Edición, México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V; 1976.
57. Hotz, R. Ortodoncia Clínica. 9na ed. Ciudad de la Habana: Editorial Científico – Técnica; 2009.
58. Bhayya DP, Shyagali TR, Dixit UB. Study of occlusal characteristics of primary dentition and the prevalence of malocclusion in 4 to 6 years old children in India. Dent Res J (Isfahan) [Internet]. 2012 [citado 24 Nov. 2014]; 9(5):619-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612201/>
59. García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol. 2011; 27(2): 75-84.
60. Dos Santos RR, Nayme JG, Garbin AJ, Saliba N, Garbin CA, Moimaz AS. Prevalence of Malocclusion and Related Oral Habits in 5-to 6-year-old Children. Oral Health Prev Dent. 2012; 10(4):311-8.
61. Restrepo G A. Ortodoncia. Teoría y Clínica. Segunda edición ed. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
62. Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev Méd Electrón

[Internet]. 2011 [citado 24 Nov. 2014]; 33(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242011000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242011000100007&script=sci_arttext)

63. Farra Otero MD. Alteraciones dentoalveolares producidas por el hábito de succión digital de los pacientes atendidos en las clínicas de la Escuela de Postgrado "Dr. José Apolo Pineda" y de la Facultad Piloto de Odontología durante el año 2012- 2103. *Univ. Guayaquil Fac. Piloto de Odontología*. [Internet]. 2014 jul. [citado 24 Nov. 2014]; [ aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/6136>

64. Vázquez Amoroso LM, González Luna S, Antelo Vázquez L. Alteraciones clínicas bucales en niños con habito de succión digital. *Mediciego*. [Internet]. 2005 [citado 24 Nov. 2014]; 11(Supl.2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a1\\_v11\\_supl205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a1_v11_supl205.htm)

65. Fuziy Acácio NI, Erika; Rívea Ferreira I, Tapia Rivera JG, Cotrim Ferreira FA, Furquim de Siqueira D. Características faciales y oclusales en niños con hábitos bucales. *Acta odontol. Venez.* [Internet]. 2012 [citado 24 Nov. 2014]; 50(2). Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=676730&indexSearch=ID>

66. Riesgo Cosme YC, Costa Montané DM, Rodríguez Fernández SC, Crespo Mafrán MI, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre" *MEDISAN* [Internet]. 2010 ene-feb. [citado 24 Nov. 2014]; 14(1): [ aprox. 10 pantallas]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192010000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192010000100001&script=sci_arttext)

67. Proffit William R, Henry W. Fields, Jr. David M. Sarver. Ortodoncia Contemporánea. Elsevier España; 2009. 751 p22.

68. Torrent J M. Manual de Ortodoncia. Etiopatogenia de las maloclusiones. Primera ed. Barcelona, España: Universidad de Barcelona; 2011.

69. Martínez Ross, Martínez E, Martínez C, Fernández A. Oclusión orgánica y ortognatodoncia. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica (AMOLCA), Colombia. 2009; 45 – 49.
70. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años *MEDISAN*. [Internet]. 2014 may. [citado 24 Nov. 2014]; ; 18(5): [aprox. 10 p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n5/san03514.pdf>
71. Alpízar Quintana R, Moráquez Perelló G, Seguéen Hernández J, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. *MEDISAN* [Internet]. 2009 [citado 14 Ene 2014]; 13(6):[aprox. 6 p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000600011&lng=es&nrm=iso-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600011&lng=es&nrm=iso-)
72. González Portal G, Morgado Marrero DE, Díaz Gutiérrez CD, Rodríguez Orizondo MF, Puga López C. Evaluación del programa “Mi dedito feliz” en niños de 5 a 7 años. *Gaceta Médica Espirituana*. [Internet]. 2010. [citado 24 Nov. 2014]; 12(2): [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.%282%29\\_02/resumen.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.%282%29_02/resumen.html)
73. Limonta Vidal ER, Araujo Hernández T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de 3er grado. *MEDISAN*. 2000; 4(3):9-15.
74. Reyes Suárez VO, Rivero Villalón M, Solana Acanda L, Iglesias Berlanga I. Tratamiento del hábito de succión digital mediante hipnosis. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. [Internet]. 2011 [citado 24 Nov. 2014]; 17 (1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17\\_1\\_11/hab11111.html](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_1_11/hab11111.html)
75. Bayardo Casillas RE, Mejjía Gudiño JJ, Orozco Mejía S, Montoya Bayardo K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Primera parte *Rev ADM*. Ene–Feb 1995; 52(1):22-6.

76. Crespillo Hernández J, García Bambuses M. Intervención Educativa para mejorar el estado de salud bucal. En: Programas Resúmenes del XII Congreso Nacional de Estomatología III Congreso Nacional de Periodontología I Jornada Latinoamericana de Estomatología Pediátrica Reunión Extraordinaria de la Federación Odontológica Latinoamericana; 1998; La Habana, Cuba. La Habana: MINSAP; 1998. p. 50-6.

77. Restrepo CC. Tratamiento de succión digital en niños. CES Odontología. Jul–Dic 2009; 22(2):67-75.

## **ANEXO 1**

### **Consentimiento informado para el padre, madre o tutor del niño.**

Título del Proyecto: Intervención educativa para modificar el hábito de succión digital en niños de quinto y sexto grados.

Yo \_\_\_\_\_, como madre, padre o tutor, estoy de acuerdo en que mi hijo participe en este estudio, en la Escuela Primaria “Aguedo Morales Reina” del municipio de Ciego de Ávila. Se me informó que el estudio incluirá sesiones educativas sobre el hábito de succión digital.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: \_\_\_\_\_

Padre, madre o tutor.

Firma: \_\_\_\_\_

Dra. Sissi Rodríguez García.

Responsable de la Investigación.

Fecha \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

Planilla de recogida de datos de los conocimientos sobre el hábito de succión digital.

1. Nombre y Apellidos:
2. Edad:

3. Sexo:
4. Grupo:
5. ¿Sabes tú lo que es un hábito?

-----

-----

-----

6. Exponga ejemplos de hábitos relacionados con la boca:

\_\_\_ Queilofagia (Mordedura de labios e interior de los cachetes).

\_\_\_ Onicofagia (mordedura de las uñas).

\_\_\_ Respiración Bucal.

\_\_\_ Succión Digital (chuparse el dedo).

\_\_\_ Protracción Lingual (empuje de la lengua contra los dientes al tragar).

\_\_\_ Mordedura de objetos duros.

\_\_\_ Chupeteo del tete y biberón.

7. Identifica tus hábitos:

-----

-----

-----

8. ¿Cuántas veces al día practicas tu hábito?

-----

-----

-----

9. ¿En qué horarios lo realizas?

-----

-----

-----

10. ¿Sabes lo que te produce este hábito? Si contesta sí, mencione algunas.  
(Con sus palabras y a interpretación nuestra)

\_\_\_ Vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas.

\_\_\_ Linguoversión de incisivos inferiores.

\_\_\_ Retrognatismo mandibular.

\_\_\_ Bóveda profunda.

\_\_\_ Mordida abierta, que dependerá de los dedos succionados.

\_\_\_ Micrognatismo transversal.

\_\_\_ Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.

11. ¿Alguien te ha enseñado los daños que te ocasiona?

-----  
-----  
-----

12. ¿Es muy difícil para ti no chuparte el dedo? ¿Por qué?

-----  
-----  
-----

13. ¿Te gustaría dejar de chuparte el dedo?

-----  
-----  
-----

14. ¿A quién puedes ir a ver para que te arregle los dientes?

-----  
-----  
-----

15. ¿Cómo te pueden tratar los daños que te produce el hábito?

- \_\_\_ Charlas educativas.
  - \_\_\_ Charlas psicológicas.
  - \_\_\_ Aparatología.
  - \_\_\_ Medicamentos.
  - \_\_\_ Mioterapia.
16. Características clínicas del succionador digital. (Inspección bucofacial del paciente)
- \_\_\_ Vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas.
  - \_\_\_ Linguoversión de incisivos inferiores.
  - \_\_\_ Retrognatismo mandibular.
  - \_\_\_ Bóveda profunda.
  - \_\_\_ Mordida abierta, que dependerá de los dedos succionados.
  - \_\_\_ Micrognatismo transversal.
  - \_\_\_ Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.

### **ANEXO 3**

#### **PROGRAMA EDUCATIVO: “Mi boca, sinónimo de salud”**

##### **Primera sesión:**

¡Vamos a conocernos!

Objetivo: Dar a conocer el contenido del programa educativo para los niños de quinto y sexto grado succionadores digitales.

Se realizará la apertura del programa presentando el equipo que intervendrá en el resto de las sesiones: un EGB, una TAE, maestros y auxiliares pedagógicos.

Motivación: Se va a aplicar la técnica de presentación: “Hoy quiero presentarte a alguien”.

Primero se presentará el equipo de trabajo, se les entregará a los niños tarjetas con números, cada niño identificará al que tenga el mismo número y deberán presentar a su homólogo, y decir lo que más le llama la atención de éste. Después se explicará en que consiste el programa. Además se informará los temas a tratar comprendidos en siete sesiones y los objetivos que se desean alcanzar.

Se va a aplicar la encuesta individual y se realizará el examen clínico de la boca y la cara para determinar las características del succionador digital presentes en cada niño (estos datos serán recogidos en una planilla individual confeccionada con este fin).

Materiales:

- Hojas de papel.
- Lápices de colores.
- Tarjetas.

### **Segunda sesión:**

¿Qué hábito tenemos en común?

Objetivo: Que los niños reconozcan que son succionadores digitales.

Motivación: Se realizará una rifa cuyos premios será figuras de yeso que representan manos, dientes, bocas, caras, etc., que cada niño obsequiará al compañero con el que más se identifique en la última sesión.

Introducción: Explicar a los niños el concepto de hábito.

Desarrollo: Se darán ejemplos de hábitos deletéreos que afectan la salud bucal, como la onicofagia, queilofagia, mordedura de objetos duros, succión del chupete y succión de los dedos. Se expondrá a grandes rasgos las consecuencias de los

mismos.

Retroalimentación: Preguntar a los niños si reconocen alguno o algunos de estos hábitos como los suyos.

Materiales:

- Figuras de yeso.
- Pizarra.
- Tizas.

### **Tercera sesión:**

¿Chuparme el dedo, puede producir en mí algún daño?

Objetivo: Que los niños conozcan las consecuencias que ocasiona la succión digital.

Motivación: Presentación de fotos de niños afectados (imágenes intra y extraorales).

Introducción: Se realizarán un conjunto de preguntas que permitan evidenciar si los niños reconocen las características clínicas del succionador digital-

Desarrollo: Se explicará con palabras sencillas las afectaciones que ocasiona este hábito, tanto de los músculos, como en el hueso y los dientes. Se explicarán la influencia del horario, del número de dedos succionados y de su posición en la aparición y agravamiento de las manifestaciones clínicas.

Retroalimentación: Se muestran nuevamente las fotos iniciales para verificar la instrucción lograda.

Materiales:

- Fotos.

### **Cuarta sesión:**

“El estomatólogo tiene la solución”

Objetivo: Que los niños conozcan que existen tratamientos para sus anomalías bucofaciales.

Motivación: Se llevarán modelos de yeso de pacientes succionadores y aparatos removibles para que los niños los palpén, y fotos de los pacientes de las sesión anterior pero con el tratamiento efectuado para que observen el resultado final.

Introducción: Luego de haber palpado y observado los materiales anteriores se les preguntará si creen que pueden abandonar su hábito y combatirlo aprendiendo a hacer algo nuevo y útil, como leer un libro, hacer trabajo de jardinería, coser, etc.

Desarrollo: Se explicará apoyándonos en los materiales llevado los tratamientos eficaces para normalizar el estado bucal, o sea la aparatología más frecuente para devolver los dientes a su correcta posición, los ejercicios mioterápicos usados para restaurar la función de los músculos y las ventajas que tiene una correcta estabilidad bucofacial.

Retroalimentación: El EGB será el moderador encargado de escribir las respuestas en un papelógrafo. Se dividirán los niños en dos grupos y a modo de competencia ambos equipos expondrán lo entendido del tema tratado, el equipo ganador será el de las respuestas más certeras y cuantiosas, cuya recompensa será recibir del equipo contrario la interpretación de conjunto de una canción.

Materiales:

- Fotos.
- Aparatología removible.
- Modelos dentales de yeso.
- Papelógrafo.
- Plumones.

**Quinta sesión:**

“Es mi responsabilidad dejar de hacer lo dañino”

Objetivo: Forjar una conciencia de salud y autocuidado en los niños.

Motivación: Hacer adivinanzas cuyas respuestas sean las diferentes partes que constituyen la boca.

Introducción: Se leerá el cuento “El esfuerzo de Amandita”, el cual permitirá iniciar el camino hacia la concientización de lo perjudicial.

Desarrollo: Se les pide que expongan verbalmente que ven de interesante en esta historia. Luego de oír sus respuestas se les darán charlas educativas sobre la posibilidad que tiene de sobre ponerse y dejar el hábito y de la responsabilidad que tienen en los daños que ahora presentan, pero siempre insistiendo en la autoconfianza para lograr este objetivo.

Retroalimentación: Se realizará la técnica del “Demandado digital”, donde los demandantes (los niños) deben acusar al dedo y explicar el porqué de su demanda, y el castigo que debe recibir por su culpabilidad.

Materiales:

- Cuento “El esfuerzo de Amandita”.
- Tizas.
- Pizarra.

### **Sexta sesión:**

“Mi salud bucal: Parte importante de mi felicidad”

Objetivo: Valorar la importancia de una buena salud bucal.

Motivación: Entregar pequeñas libretas de apuntes con mensajes de salud, debiendo pararse por orden y leerlos.

Introducción: Se comenzará preguntando a los niños qué entienden por salud y lo que consideran como características normales en la boca, llevando a la pizarra sus opiniones sintetizadas.

Desarrollo: Trataremos en esta sesión la importancia de la boca, tanto en lo biológico como en lo psicosocial. Se destacarán las funciones que las que participa: digestión, masticación, degustación de alimentos, influencia en la

nutrición y principalmente la estética. Para ello es biológicamente necesario tener una boca sana. Puntualizar que el hombre interactúa con ella desde su nacimiento, utilizándola para alimentarse, reír, hablar, relacionarse y cobra mayor importancia en el amor.

Retroalimentación: Los niños serán convocados a realizar dibujos, cuentos, poesías, o cualquier otra iniciativa, bajo el título: ¿Salud o enfermedad en mi boca?

Materiales:

- Hojas.
- Colores.
- Libretas de apuntes.
- Pizarra.
- Tizas.

### **Séptima sesión:**

“Conclusiones”.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y estado de salud alcanzado luego de dos meses de haber concluido la sexta sesión del programa educativo.

Motivación: Los niños deben realizar la actividad que fue planteada en la segunda sesión o sea, obsequiar al compañero con el que más se haya identificado su figura de yeso y un consejo de salud bucal sobre su hábito (por qué ese niño piensa que su amigo debe dejar de chuparse el dedo).

Desarrollo: Se realizará la entrevista final y el examen bucal. Se hace un espacio de razonamiento concluyente en el que los niños, las auxiliares pedagógicas y los maestros de la escuela puedan opinar sobre el valor del programa “Mi boca, sinónimo de salud” y las huellas dejadas por el mismo, luego se dará paso a la motivación.

Materiales:

- Hojas de papel.
- Lápices.

(Para transcribir las opiniones)

#### **ANEXO 4**

Guía para la validación del Programa educativo:

Objetivo: Validar el Programa educativo diseñado por los especialistas seleccionados.

Participantes: especialistas en Estomatología General Integral, Ortodoncia y Psicología.

Lugar: Centros laborales de los mismos

Demanda de cooperación:

Estimado especialista, usted ha sido seleccionado por su experiencia en el trabajo con niños, para que ofrezca sus valoraciones acerca del Programa educativo conformado con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal y eliminar el hábito de succión digital en los niños portadores.

La evaluación debe ajustarse a lo siguiente:

1. **Que sea factible:** que el Programa educativo prometa posibilidad real de utilización acorde a los recursos que requiere.
2. **Que sea aplicable:** que las sesiones del Programa educativo se expresen con la suficiente claridad para que sea permisible su ejecución.
3. **Que tenga novedad y originalidad:** que el Programa educativo refleje la creación de un instrumento que hasta el momento presente no existía para modificar el hábito de succión digital.
4. **Generalización:** que los resultados que brinde el Programa educativo puedan ser generalizados a otros contextos similares.

Tabla N° 6 Clasificación de los criterios.

Especialidad	Evaluación del Programa Educativo		
	Bien	Regular	Mal
EGI	x		
EGI	x		
EGI	x		

Ortodoncia	x		
Psicología	x		

Se confeccionó la Tabla N° 6 para recoger los criterios de los especialistas seleccionados (tres Estomatólogos Generales Integrales, un Ortodontista y un Psicólogo) según la evaluación cualitativa que ofrezcan. El 100% de los expertos valoraron el correcto empleo de las técnicas educativas, emitiendo evaluación de Bien.

## ANEXO 5

### Prueba de los signos

#### Frecuencias

	N
--	---

Antes - Después	Diferencias negativas <sup>a</sup>	0
	Diferencias Positivas <sup>b</sup>	12
	Empates <sup>c</sup>	0
	Total	12

Antes < Después

Antes > Después

Antes = Después

### Estadísticos de contraste<sup>b</sup>

	Antes – Después
Sig. exacta (bilateral)	,000 <sup>a</sup>

Se ha usado la distribución binomial.

Prueba de los signos.