



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DPTO. DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE  
CATEDRA INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL EN  
NIÑOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO “SAN JOSÉ”  
DE CANOABO, MUNICIPIO BEJUMA DEL ESTADO CARABOBO**

**AUTORES:**

**Br. González, Moyra**

**Br. López, Alba**

**TUTOR:**

**Lic. Zulayma Sanabria**

**VALENCIA, MARZO 2005**



**Universidad de Carabobo**  
**Facultad de Odontología**  
**Dpto. Formación Integral del Hombre**

## **CARTA DE APROBACIÓN**

En mi carácter de Tutor del Trabajo Final de Investigación titulado **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL POR SEXO Y EDAD EN NIÑOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO “SAN JOSÉ” DE CANOABO, MUNICIPIO BEJUMA DEL ESTADO CARABOBO**, presentado por las Bachilleres **GONZÁLEZ MOYRA M. y LÓPEZ S. ALBA P.**, considero que dicho Trabajo de Investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación pública y evaluación.

En Valencia, a los \_\_\_\_\_ días del mes de marzo de 2005.

---

**Tutor Metodológico**

## **DEDICATORIA**

*A DIOS, que ha sido nuestra fortaleza durante toda la vida, llenando nuestras vidas de luz y esperanza...*

*A nuestros Padres, que nos dieron la vida: gracias por el apoyo incondicional, el esfuerzo, la paciencia, el cariño, los sacrificios y consejos... Gracias Infinitas. A ustedes dedicamos especialmente este logro.*

*A nuestro compañeros de clase: gracias por siempre apoyarnos a vencer obstáculos y brindarnos su apoyo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso, por darnos la vida y ayudarnos a lograr esta meta...

A la Universidad de Carabobo, por ser la casa de estudios que nos ofreció esta oportunidad, que hoy al fin culminamos...

A nuestra Tutora Metodológica, Zulayma Sanabria, por darnos su apoyo, conocimientos, disponibilidad y sobre todo su paciencia...

Al Odontólogo Carmen Sevilla por la colaboración prestada en la realización de esta....

A todos nuestros familiares, amigos y compañeros de clase, que nos apoyaron para lograr esta meta...

A todas las personas que de una u otra forma nos ayudaron y apoyaron al logro de esta meta...

Gracias a todos.

## ÍNDICE GENERAL

<b>Dedicatoria</b>	p.p. iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Lista de cuadros</b>	vi
<b>Lista de gráficos</b>	vii
<b>Resumen</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I</b>	3
El Problema.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	5
Justificación de la Investigación.....	6
<b>CAPÍTULO II</b>	8
Antecedentes.....	8
Bases Teóricas.....	9
Definición y operacionalización de variables.....	28
<b>CAPÍTULO III</b>	30
Marco Metodológico.....	30
Tipo y diseño de investigación.....	30
Población y muestra.....	30
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
Técnicas de análisis de la información.....	31
<b>CAPÍTULO IV</b>	32
Presentación y análisis de los resultados.....	32
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	42
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	43

## LISTA DE CUADROS

N°		p.p.
1	Operacionalización de Variables	29
2	Distribución del hábito de succión dental por sexo y edad	34
3	Distribución de manifestaciones patológicas en niñas	37
4	Distribución de manifestaciones patológicas en niños	39

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>N°</b>		<b>p.p.</b>
1	Distribución del hábito de succión dental por sexo y edad	34
2	Distribución de manifestaciones patológicas en niñas	37
3	Distribución de manifestaciones patológicas en niños	39



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DPTO. DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE  
INFORME DE INVESTIGACION**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL EN  
NIÑOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO “SAN JOSÉ”  
DE CANOABO, MUNICIPIO BEJUMA DEL ESTADO CARABOBO**

**Autores:  
González Moyra  
López Alba  
Tutora: Zulayma Sanabria  
Año: Marzo 2005**

**RESUMEN**

Fundamentado en las diferentes manifestaciones de la succión digital (hábito de chuparse el dedo) tuvo como propósito el objetivo general Determinar las manifestaciones del hábito de succión digital que afectan la cavidad bucal de los niños y niñas con edades comprendidas entre los seis y diez años atendidos en el Consultorio Odontológico San José en Canoabo, Estado Carabobo, es frecuentemente considerada como algo absolutamente normal cuando el niño es pequeño, pero esto se llega a convertir no sólo en un problema de aceptación social conforme el niño crece, sino también en causal de numerosas manifestaciones patológicas, entre las que destacan el paladar ojival, la mordida abierta, la protrusión anterosuperior y la retrusión anteroinferior, que pueden ser evitadas a tiempo desestimulando al niño desde pequeño proporcionándole actividades igualmente gratificantes mediante las cuales puedan abandonar el hábito. En torno a este tema se ubica la presente investigación de corte descriptivo, efectuada en el Consultorio Odontológico “San José” de la población de Canoabo, Municipio Bejuma del Estado Carabobo, para la cual se tomó una muestra, previa revisión de historias médicas, de 29 pacientes digitosuccionadores (17 niñas y 17 niños), con edades comprendidas entre los 6 y 10 años. Se pudo comprobar que las manifestaciones antes mencionadas aparecieron en el 51% de los sujetos del sexo femenino, preferentemente en las niñas de 9 y 10 años, lo que convalida las premisas referidas a sexo, edad y manifestación patológica, conclusión ésta que generó recomendaciones a padres y odontólogos en el sentido de desmotivar tempranamente el hábito de succión dental, a fin de prever la aparición de estas manifestaciones y, por ende, los complejos tratamientos que pueden ameritar.

**Términos clave:** Hábito de succión digital, manifestaciones patológicas, sexo, edad.

## INTRODUCCIÓN

Para muchos especialistas de la Odontología, la mayoría de los pacientes entre los 10-12 años de edad son llevados a consulta con la finalidad de corregir maloclusiones y otras manifestaciones patológicas ocasionadas por el hábito sostenido de succión digital; para entonces, será directamente proporcional a la intensidad y frecuencia con que el niño succione su(s) dedo(s) la presencia de estas manifestaciones, que por lo general en el umbral de la adolescencia suelen presentarse simultáneamente, y, por tanto, más complejo y duradero el tratamiento para corregirlas.

En este ámbito tan cuestionado, por cuanto durante los primeros años de vida el hábito digitosuccionador es bienvenido por muchos padres ya que ayuda al niño a satisfacer su necesidad de succión mientras se le dispone la alimentación, a conciliar el sueño o a calmarse cuando está nervioso y que luo al crecer es motivo de regaños y hasta castigos, se ubica la presente investigación, la cual está organizada conforme a la siguiente estructura:

Capítulo I, El Problema, donde se presenta el planteamiento y formulación del problema detectado, los objetivos generales y específicos y la justificación del estudio.

Capítulo II, integrado por los antecedentes, las bases teóricas y la definición y operacionalización de las variables a investigar.

Capítulo III, Marco Metodológico, constituido por la definición del tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos y técnicas de análisis de la información.

Capítulo IV, Presentación de resultados, en donde se presentan de forma tabulada y gráfica los datos recolectados, con sus correspondientes análisis e interpretaciones.

Finalmente, se exponen las Conclusiones y recomendaciones emanadas del estudio, así como las Referencias Bibliográficas consultadas y los Anexos que fueron generados a lo largo de la investigación.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### **Planteamiento del Problema**

Durante los primeros años de vida el ser humano desarrolla ciertos hábitos, muchos de los cuales permanecen a lo largo de toda la vida: para dormir, para comer... que en ocasiones pueden conllevar consecuencias negativas; según Moles (1994), se entiende por hábito una acción que, en forma voluntaria o involuntaria, se repite hasta el punto de persistir por sí misma y llegar a convertirse en automática o inconsciente e, incluso, ser una respuesta ante situaciones o estímulos determinados.

Para autores como Bandura (1997), la adquisición de hábitos está sujeta a las leyes del aprendizaje, lo que implica que para la adquisición de un hábito deben actuar los reforzamientos, ya sean directos o indirectos; en otros términos, la persona que mantiene un hábito debe recibir un beneficio o una satisfacción., ya que, de otra forma, el hábito se extingue. Pero no todos los hábitos reportan beneficios reales para el sujeto, esto es, no todos contribuyen con el mantenimiento del equilibrio biopsicosocial del individuo; de allí que aquellos que sí reportan estas ventajas, reciben el nombre de hábitos adaptativos u operativos.

En este sentido, cabe destacar que en el ámbito odontológico es frecuente observar como algunos hábitos pueden actuar como factores causales del desarrollo de ciertas maloclusiones que pueden influenciar negativamente el crecimiento óseo y del desarrollo dentario, pudiendo estar potenciadas o disminuidas según el tipo facial

del individuo. Así, los hábitos que en función del adecuado desarrollo de las estructuras orales pueden tener consecuencias negativas, destacan dos tipos:

- Los que producen maloclusión y alteración de los tejidos duros: succión digital, succión labial, succión de chupón, respiración bucal y apretamiento o rechinar de dientes.
- Hábitos que producen patología de la mucosa oral: mordisqueo de objetos o uñas, cepillado excesivo, etc.

Entre éstos últimos, destaca el hábito de succión digital, que pudiendo surgir durante el estado fetal, generalmente es adquirido a temprana edad; algunos niños se apegan a una manta, un pedazo de tela o a un peluche; este objeto de compañía, a menudo acompañado del hábito de chuparse el dedo, se emplea para ayudar al bebé a dormirse o para calmarlo cuando está inquieto.

Ciertamente, para muchos padres, el hábito de sus hijos de succionarse los dedos constituye un alivio cuando son bebés, ya que los distrae o consuela cuando tienen alguna necesidad fisiológica (hambre, sueño) pero, conforme crecen, consideran que ya el niño está muy grande, llegan a avergonzarse cuando éste succiona sus dedos en público y, paralelamente, se percatan que el hábito que alguna vez fomentaron se convierte en motivo de malformación oral: el efecto “benéfico” se convierte en perjudicial, especialmente cuando este hábito es producto de situaciones extremas de ansiedad.

Asimismo, debe señalarse que todos los bebés nacen con el reflejo de succión y casi todos se chupan el pulgar u otro dedo en alguna etapa de su desarrollo, pero el hábito de succión digital alcanza su máxima expresión entre los seis y nueve meses de edad, período en el cual, si no se le acostumbra a no hacerlo, será más difícil hacerlo desaparecer, motivo por el cual la maloclusión puede evolucionar y hacerse

evidente después de los seis años, edad en la que en la mayor parte de los niños eclosiona la dentadura permanente.

En este orden de ideas debe acotarse que la maloclusión producida por una habitual succión digital se produce porque, por regla general, el niño apoya la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, alterando con ello la posición de los dientes, en la forma de la arcada y, en consecuencia, en las relaciones intermaxilares, dando lugar a alteraciones en la masticación, el lenguaje y la apariencia o estética del niño, dando igualmente lugar a una mordida abierta anterior más pronunciada en el lado donde se succiona el dedo y a un paladar estrecho por la presión del músculo buccinador (mejillas). Esos efectos van a estar en función de la frecuencia con que el niño se chupe el o los dedos, de la intensidad del hábito y de la posición del dedo.

Desde esta perspectiva, ha de mencionarse que según observaciones preliminares de las investigadoras un gran número de niños poseen el hábito de succión digital, lo que, evidentemente, involucra un riesgo de malformación de las estructuras orales y dentarias y, en base a ello, a los efectos de la investigación se hizo necesario elaborar una serie de interrogantes: ¿Cómo desencadena la succión digital las maloclusiones dentarias?; ¿Cuáles son las patologías dentales que presentan los niños dígito-succionadores?

Las respuestas a estas interrogantes constituyen el marco general de la presente investigación, llevada a cabo en el Consultorio Odontológico San José de Canoabo, Estado Carabobo.

### **Objetivo General**

Determinar las manifestaciones del hábito de succión digital que afectan la cavidad bucal de los niños y niñas con edades comprendidas entre los seis y diez años

atendidos en el Consultorio Odontológico San José en Canoabo, Estado Carabobo, durante los meses de enero y febrero del año 2005.

### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar la frecuencia del hábito de succión digital, según edad y sexo, en los infantes que asisten al Consultorio Odontológico San José en Canoabo, Municipio Bejuma, Estado Carabobo.
- Determinar las manifestaciones patológicas orales y dentales presentadas por la muestra seleccionada.

### **Justificación**

Un aspecto fundamental del ejercicio de la Odontología consiste en ampliar los horizontes del conocimiento y proporcionar aportes que tiendan a mejorar la salud bucodental e integral de las personas con el fin de mejorar su calidad de vida, especialmente en cuanto se refiere a la población infantil, dentro de una perspectiva donde, más allá de la rehabilitación, se enfatice la necesidad de prevenir con la finalidad de modificar positivamente los índices de patologías buco dentales

En razón de ello, desde el punto de vista práctico, se promoverá una reflexión en los padres de los niños que acuden al consultorio odontológico estudiado en aras de evitar y/o suprimir el hábito de la succión digital en sus hijos desde temprana edad, lo que beneficiará a los infantes no sólo desde el punto de vista estético sino orgánico, ya que las maloclusiones pueden generar patologías que alteran la morfofuncionalidad de la cavidad bucal. Asimismo, se considera que los beneficios pueden extenderse a los grupos familiares de estos pequeños pacientes, toda vez que la crítica situación económica de la población estudiada no le facilita el acceso a los tratamientos ortodónticos empleados para alinear la dentadura desviada que generalmente se presenta tras años de permanente succión digital.

Desde una perspectiva teórica, se considera que el estudio podrá constituirse en material de referencia para futuras investigaciones relacionadas con el objeto de estudio, así como punto de partida para investigaciones que abarquen un mayor contexto poblacional y puedan promover campañas sanitarias que actúen como un agente multiplicador para evitar en los niños la succión digital.

Por último, desde el punto de vista personal, con la realización del estudio las investigadoras tuvieron la oportunidad de vivir experiencias significativas en el ámbito de la práctica odontopediátrica y de ahondar los conocimientos obtenidos a lo largo de su formación académica, todo lo cual será de gran valor durante su ejercicio como profesionales de la Odontología.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes de la Investigación:**

Los antecedentes investigativos, que constituyen las investigaciones previas relacionadas con las variables de este estudio, se inician con el presentado por Felice y Malpica (1999), “Relación entre la lactancia y la maloclusión en pacientes de servicios de ortopedia dentofacial”, trabajo descriptivo-correlacional llevado a cabo en el Servicio de Ortopedia Dentofacial del Ambulatorio La Isabelica de Valencia, con una muestra de 500 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 5 y 18 años, libre de hábitos. Los resultados permitieron comprobar que los sujetos que recibieron lactancia materna durante el primer año de vida mostraron reducidos porcentajes de maloclusión dental, razón por la cual las autoras destacan el papel educativo del Odontólogo en la comunidad, sensibilizando a los otros especialistas que controlan el embarazo de las futuras madres y a los que reciben a los niños en el momento del nacimiento, como lo son los médicos obstetras y neonatólogos, con el fin de orientar a las madres acerca de la importancia de la escogencia de la alimentación materna en pro de un mejor crecimiento y desarrollo, además de una buena salud general y bucal del niño.

Seguidamente se ubica el trabajo de Moreno y Ortega (2001), titulado “Hábitos Bucales y Maloclusiones”, estudio de corte documental que tuvo por objeto analizar la relación entre los hábitos bucales en el desarrollo de las maloclusiones, tomando como muestra 14.974 sujetos con edades comprendidas entre los 6 y 16 años, previa revisión de historias clínicas. Los resultados obtenidos demostraron que el 20% de la muestra estudiada requirieron tratamiento ortodóntico como consecuencia de los diversos tipos de maloclusiones generados por los hábitos

bucales adquiridos a temprana edad, hecho que debe llamar la atención a todo venezolano responsable.

Por último, se encuentra el trabajo de Aguilera y Álvarez, (2001), de título “Malposición dentaria relacionada al hábito de succión del dedo pulgar en niños de edad escolar”, investigación correlacional cuyo propósito fue relacionar la aparición de malposiciones dentarias con el hábito de succión del pulgar en niños de edad escolar (de 6 a 12 años), con una muestra de 354 pacientes con problemas de maloclusión. Los resultados obtenidos permitieron a las autoras verificar que el 90% de los sujetos eran succionadores de dedo, labio y lengua, así como que 219 presentaban oclusión clase II y 135 otra clasificación, lo que en opinión de las investigadores, demuestra la clara relación que existe entre el hábito de succión digital y la generación de malposiciones dentarias.

Como se aprecia, los trabajos reseñados guardan una estrecha relación con la investigación que aquí se desarrolla, siendo particularmente notorio que desde diversos ángulos, los autores citados coinciden en establecer relaciones entre las maloclusiones o malformaciones dentarias y la succión digital.

### **Bases Teóricas:**

Las bases teóricas, como apunta Sierra (2004), se refieren a los postulados, principios, leyes y teorías que dan sustento al tema de investigación; éstas deben ser coherentes con los planteamientos y posturas tomadas por el investigador. Seguidamente se presentan los subtítulos que conforman las variables o factores a estudiar.

### **El hábito de succión digital.**

La succión es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica que se desarrolla en el ser humano, ya que corresponde a una necesidad básica del organismo, como es la alimentación; el niño recién nacido se alimenta por succión, pero en los periodos interalimentarios también succiona, interponiéndose entre las encías algún objeto, como puede ser el chupón, un dedo, el labio inferior o la sábana.

La succión se mantiene hasta la aparición de los dientes, momento en que empieza la masticación. Si a partir de la erupción dentaria temporal completa se continúa succionando, este hábito puede dar lugar a diferentes maloclusiones que dependerán del objeto, la forma de colocarlo, el tiempo de succión y el patrón morfogénico del individuo.

Al respecto Finn (1976), considera que, al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de funciones neuromusculares o reflejo de succión; este autor acota que incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, todos presentes al nacimiento; evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad.

En este contexto, cabe destacar que la necesidad del niño de agarrarse o asirse no resulta tan obvia; sin embargo, aunque estos dos reflejos –asimiento y succión–, influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje, el de succionar contribuye en gran medida a su desarrollo psíquico, ya que el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia y, a pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales; si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo pero si al contrario, es desagradable, lo escupe y demuestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto.

En opinión de Finn (1976), el intento de llevar a la boca un objeto “bueno” se denomina introyección, en tanto que el rechazo de uno “malo” se denomina proyección. En este comportamiento puede observarse la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal; estas “pruebas” bucales, evidentemente, no solo sirven para aliviar la tensión del hambre experimentada por el niño, sino que también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados, factor determinante para que el niño adquiera el hábito de succionar su(s) dedo(s).

Ahora bien, las repercusiones de los hábitos de succión sobre el desarrollo transversal del maxilar superior presentan una patogenia similar a la deglución atípica, ya que derivan de una posición baja de la lengua y una hiperactividad de los músculos buccinadores, junto con una disminución de la presión intraoral del aire en el momento de la succión; la succión digital se presenta durante el primer año de vida y suele continuar hasta los 3 o 4 años de edad.

En este sentido Camut (2000) asevera que este hábito es común entre los niños, practicado por casi el 50% al año de edad, cantidad que decae rápidamente:

hacia los seis años; sólo del 15-20% aún caerá en el hábito y hacia los 9-14 años persiste en menos del 5%. Si bien es cierto que no se conoce la causa exacta por la cual el niño adquiere el hábito, no faltan estudios que demuestren que las explicaciones propuestas y aceptadas en un pasado ya no son válidas; al decir del autor citado, no hay una correlación válida entre el tiempo de amamantamiento y la necesidad de succión, o del tetero frente a la alimentación a pecho. No obstante, es generalmente aceptado que la succión digital llena una necesidad emocional en algunos niños, en especial ya avanzada la infancia.

El precitado autor clasifica los tipos de succión digital de la siguiente forma: succión del pulgar, succión del índice, succión del dedo medio y anular, succión de varios dedos. En relación a la succión del pulgar, son muchas las teorías que se han presentado para explicar las causas de dicho hábito en los niños, que constituye un problema que interesa a pediatras y padres dado que un problema de alimentación puede ser ocasionalmente el responsable de la iniciación del hábito; el dedo pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre -ahora no disponible con su alimento tibio-, y satisface la necesidad de tener algo en la boca y de agarrarse a algo... algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Así, la succión del pulgar en bebés se ha relacionado con la lactancia rápida o tensiones durante la lactancia y, aunque muchas veces se ha afirmado que este tipo de succión es normal durante los dos primeros años de vida, muchos niños nunca lo adquieren: pese a que es cierto que muchos niños normales succionan sus pulgares por períodos breves durante la lactancia o la primera infancia, los Odontólogos harán mal si dicen a los padres que no se preocupen, que el niño eventualmente dejará el hábito y que éste no tendrá efectos perjudiciales, lo que coincide con lo afirmado por McDonal y Avery (1990) quienes aseguran que si bien es cierto que muchos niños

interrumpen su hábito durante la edad preescolar, la mayoría lo mantiene durante los años escolares y algunos, incluso, hasta la adultez.

Asimismo, la succión del pulgar no es un hábito socialmente aceptado y por ello debe ser desalentado tan pronto como se evidencia su adquisición en relación con la edad del niño; aunque el Odontólogo frecuentemente es el primero y a veces el único consultado con respecto al hábito, la succión del pulgar a menudo no es un problema dental; es obligación del Odontólogo, sin embargo, buscar evidencia del hábito, describen sus posibles consecuencias e intentar ayudar al niño para que se elimine.

Se han logrado hallazgos interesantes de estudios realizados por pediatras para determinar cuál es la frecuencia real de su succión del pulgar y los otros dedos en una sección transversal de pacientes observados en un consultorio pediátrico. En un estudio de este género, Traisman y Traisman (1986), examinaron a 2.650 lactantes y niños de más edad desde el nacimiento hasta los 16 años, observando que el 46% de ellos succionaron sus pulgares en alguna etapa de este período y de éstos, el 25% comenzó el hábito durante su primer año de vida; en promedio, la mayoría había abandonado el hábito hasta edades tan avanzadas como 12 a 15 años.

En un estudio en serie, conducido por Rakosi (1984), de 693 niños considerados como succionadores de pulgar, el 60% había abandonado el hábito después de menos de 2 años.

### **Efectos de la succión digital.**

Muchas veces se ha afirmado que la succión digital es normal durante los primeros años de vida, aunque muchos niños nunca adquieren este hábito. Al respecto Salzman (1974) cree que el efecto del hábito de succión digital sobre los huesos

maxilares y sobre los arcos dentarios, incluyendo la oclusión, depende de diversos factores, como la frecuencia con que es practicado al hábito, la duración de cada práctica, el desarrollo osteógeno, la dotación genética del niño y su estado de salud.

Los efectos típicos de la succión digital incluyen la protrusión de los incisivos superiores, la retroinclinación de los incisivos inferiores con el consiguiente incremento de resalte y la mordida abierta anterior, que normalmente es asimétrica y más pronunciada en el mismo lado del dedo succionado; a menudo se observa un estrechamiento de la arcada superior debido a la reducción de la presión del aire dentro de la cavidad bucal y a la actividad de la musculatura de las mejillas, principalmente del músculo buccinador, durante la succión; esta compresión del maxilar superior conduce con frecuencia a una mordida cruzada unilateral por desviación funcional de la mandíbula. Es preciso indicar que no siempre estas alteraciones están presentes en todos los casos con historia de hábito prolongado y, cualesquiera que sean los efectos, se corregirán por si mismos si el niño deja el hábito a los 8-10 años.

Dentro de esta perspectiva Rakosi y Jonás (1999), distinguen alteraciones funcionales primarias, cuyo origen puede ser endógeno, hereditario o imitativo y son capaces de producir anomalías en la dentición, y disquinesias secundarias, que son adaptativas a una anomalías ósea o dentoalveolar previa. En las disquinesias primarias, el tratamiento se basa en la eliminación de las disfunción orofacial; las anomalías dentofaciales originadas (mordida cruzada, mordida abierta, resalte aumentado, inclinaciones anómalas de los incisivos, etc.), suelen normalizarse de forma espontánea si se corrige precozmente el habito, mientras sucede lo contrario en las secundarias, en las que el hábito suele desaparecer al tratarse el trastorno morfológico.

Para estos autores, el verdadero peligro de la succión prolongada es un posible cambio en la oclusión, que permite que las fuerzas musculares deformantes potentes creen una maloclusión permanente; estas fuerzas son las que originan mordida cruzada unilateral y bilateral, asociada con frecuencia con el hábito de succión. Es posible que haya un crecimiento inadecuado a lo ancho en el maxilar debido a una posición baja de la lengua y fuerzas anormales ejercidas sobre el maxilar por el músculo buccinador durante la succión. En consecuencia, hay discrepancia en la anchura de la dentición superior y la inferior.

Por otra parte, debido al estrechamiento del arco maxilar, el paciente se ve forzado a mover la mandíbula hacia la izquierda o derecha para poder crear una oclusión funcional... en otras palabras, lo que aparenta ser una mordida cruzada unilateral en esencia es un problema bilateral, y debe ser tratado como tal. De hecho, las maloclusiones funcionales se deben tratar tan pronto como se describan con el fin de crear un medio adecuado para el futuro desarrollo de la dentición; si esto no se lleva a cabo, una maloclusión funcional se puede transformar en un problema esquelético más grave.

En relación al hábito de succión específico del dedo pulgar, el más común, los músculos activos involucrados crean un vacío en la cavidad oral, la mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intrabucal y cuando una presión negativa, mientras los músculos de los labios se contraen, impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Así McDonald y Avery (1990), en estudio efectuado en 413 niños succionadores de pulgar, encontraron que el 75% presentó algún tipo de maloclusión, así como que habían continuado su hábito por más de cuatro años, lo que les llevó a concluir que la succión del pulgar podía ser un factor causal de maloclusión, especialmente la de segunda clase. Sin embargo, observaron que en muchos casos,

cuando se abandonaba el hábito, la dentadura permanente se normalizaba gradualmente y los efectos causados por presiones continuas iniciales sobre las piezas y mandíbulas parecían tener poca importancia.

En torno a la succión del índice, los autores precitados consideran que puede producir una mordida abierta unilateral y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos, en tanto que la succión de los dedos medio y anular tienden a generar una mordida abierta unilateral y la protrusión de uno o más incisivos o caninos y/o intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores. Asimismo, señalan que la succión de varios dedos puede producir problemas similares a lo anteriormente descritos, dependiendo del número de dedos, la frecuencia y la intensidad del hábito.

Dentro de este contexto Graber, Rakosi y Petrovic (1998), afirman que entre los efectos de la succión del pulgar y otros dedos existe un tipo específico de maloclusión (que es también consecuencia de una anomalía funcional), así como provocar una mordida abierta con un estrechamiento simultáneo de la arcada superior, donde la adaptación de la lengua agrava y prolonga la maloclusión. A menudo, indican, el paciente compensa el estrechamiento bilateral con una desviación hacia uno de los lados para conseguir la máxima superficie de contacto durante la masticación.

Los autores previamente mencionados clasifican el hábito de la succión dental, independientemente del dedo succionado, conforme a grupos etarios:

- Infantil (hasta 2 años): En esta etapa parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Pre-escolar (2 a 5 años): Si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición; si es continua o intensa puede producir malposiciones en los dientes primarios y si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la

deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

- Escolar (6 a 12 años): Requiere de un análisis más profundo de la etiología del hábito; puede producir malposiciones dentarias y malposiciones dento-esqueletales.

Asimismo, señalan que la duración del hábito más allá de la infancia temprana no es el único factor perjudicante, dando igual importancia a la frecuencia y a la intensidad; el niño que succiona sólo cuando va a dormir, tal vez sufra menos daño que uno que tenga el dedo en su boca de manera constante.

En efecto, la frecuencia con que se practica el hábito, durante el día y/o la noche, también afecta al resultado final. Los efectos, lógicamente, serán menores en un niño que chupe el dedo de modo esporádico que en otro que mantenga continuamente el dedo en la boca. En cuanto a intensidad, también es otro factor que hay que analizar, siendo poco intenso cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular –especialmente de los buccinadores–, lo que ocurre cuando no se introduce el dedo completo sino la punta, en tanto que se considera intensa cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable y cuando se puede escuchar la succión en la habitación contigua: en estos casos, se puede observar la función del músculo peribucal y las contorsiones faciales.

Otro factor a considerar es el número de dedos implicados, que sin duda incide en la aparición de una maloclusión, fuertemente relacionada con la frecuencia e intensidad del hábito; en cuanto a la posición en que se introduce el dedo en la boca, el efecto es más nocivo si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca.

Un aspecto más a considerar es el patrón morfogenético, que condiciona el resultado del hábito; si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta, y lógicamente cualquier hábito que la favorezca ayudará dicha tendencia; también aquí se cumple el dicho de que un enfermo tiene la enfermedad que puede y no la que quiere. Los padres han de saber que la mayoría de los niños dejan la succión digital a los 4-5 años de edad, bastante antes de la erupción de los incisivos permanentes superiores y por ello, si el hábito se interrumpe en este momento, no ejerce efecto alguno sobre la erupción de los dientes permanentes.

También es importante manejar que la succión digital no genera verdaderas maloclusiones de Clase II, a lo sumo, puede producir deformación de la apófisis alveolar y de los dientes directamente involucrados en este hábito. Habitualmente, un mal alineamiento menor de los dientes involucrados o un retardo de la erupción será toda la maloclusión y esto se corrige por sí misma. En consecuencia, es importante que el Odontólogo informe a los padres de niños digitosuccionadores que si bien la succión digital causa una protrusión de los dientes anteriores superiores, el resalte notorio de la maloclusión de Clase II es óseo y existiría aun sin un hábito.

## **Epidemiología**

En el contexto epidemiológico, que es el estudio de la incidencia, distribución y determinantes de las enfermedades en las poblaciones humanas para identificar sus causas y así, finalmente, conducir a su prevención, es pertinente considerar algunos estudios realizados por renombrados investigadores, reseñados por Bracho y Mosquera (1994), en donde en primer lugar se localiza a Swinehart (1938) quien efectuó un estudio sobre la relación entre la succión del dedo pulgar y la maloclusión; en una muestra de 38 casos, encontró que 34 tenían protrusión maxilar, 24 tenían mordida abierta, 27 eran respiradores bucales, 22 tenían oclusión clase I, y cuatro oclusión de clase II división 1.

Por su parte Bliss (1945), realizó un estudio con 300 niños, encontrando que el 17 % presentó succión del dedo pulgar; análogamente Subtelmy y Sakuba (1964), afirman que el hábito de succión digital provoca mordida abierta e impide la correcta erupción de los incisivos; en un estudio realizado con 36 pacientes que practicaban este acto, encontró que 10 de ellos presentaban mordida abierta anterior, concluyendo que el efecto de este hábito sobre los tejidos duros y blandos dependen de la frecuencia e intensidad del mismo durante la dentición primaria.

Años más tarde Proffit (1986), realizó un estudio que confirma los resultados precedentes, considerando asimismo que la mayor causa de mordida abierta es causada por la succión digital, en tanto que Aristigueta (1989), considera que la succión digital produce con gran frecuencia alteración dentofacial por la presión efectuada por el dedo sobre la parte anterior del paladar, al empujar hacia delante los huesos maxilares, produciendo una bóveda palatina profunda y contracción del arco superior llegando a afectar las fosas nasales; en los dientes anteriores producen vestibulo versión y posible diastema entre ellos.

Por último debe destacarse el trabajo realizado por Salazar (1997), quien reporta interesantes hallazgos provenientes del estudio de 72 pacientes, 47 de sexo femenino y 25 de sexo masculino, con edades comprendidas entre 4 y 19 años, con hábito de succión digital, los cuales una vez colocado el aparato de ortopedia en boca, casi de inmediato dejaron de chupar dedo. De igual forma, esta investigadora encontró que en cuanto a los grupos etarios estudiados, el intervalo de edad de 8 a 11 años obtuvo el mayor porcentaje de maloclusiones y alteraciones dentarias, prevaleciendo estas anomalías en el sexo femenino (23,7%), en contraposición al 15,3% del sexo masculino.

Por otra parte, reporta que en un 80% de los casos se mostró labio superior corto y en 75% labio inferior invertido, debido a la interposición del dedo entre los

labios; asimismo, Un 22.2% Alteración nasal, debido al complemento de la succión digital con un manoseo a la región nasal y un 15.3% no presento alteración facial, esto se corresponde con pacientes con poca frecuencia, duración e intensidad en la practica del habito de succión digital.

Se verificaron alteraciones intrabucuales, tales como deglución atípica, mordida abierta, paladar ojival, protrusión antero superior, retrusión antero inferior, estaban presentes, unos en mayor proporción que otras, en los pacientes estudiados, destacándose un niño con mordida cruzada anterior y uno con mordida cruzada posterior. De acuerdo al tipo de oclusión, la mayor proporción (65.3%) mostró Clase I, seguidamente en 27.8% presente Clase II, y 6.9% (5 casos) con Clase III, de los cuales sólo un pacientes mostró mordida cruzada anterior y el resto tenia mordida a tope. Entre los pacientes estudiados prevaleció la respiración de tipo bucal con un 61.1% y un 38.9% con respiración nasal y en cuanto al circuito de succión un 62.5 % practicaba el circuito de tipo cerrado y un 37.5% el de tipo abierto.

Lo expuesto anteriormente permite señalar que en los estudios citados existe una clara preponderancia de alteraciones dentarias y oclusales en el sexo femenino y en el grupo etario de 8-12 años; en efecto, existe una relación entre la persistencia del hábito de succión digital y las alteraciones mencionadas. El intervalo de edad de 8 a 11 años muestra la mayor frecuencia y proporción de alteraciones faciales encontrados, mientras que los grupos de 4 a 7 años y de 12 a 15 años reflejan porcentajes similares, siendo las afecciones más comunes deglución atípica, mordida abierta y paladar ojival.

### **Corrección de los efectos de la succión digital**

Graber, Rakosi y Petrovic (1999), afirman que entre los efectos de la succión del pulgar y otros dedos existe un tipo específico de maloclusión (que es también

consecuencia de una anomalía funcional) que requiere tratamiento combinado con aparatos funcionales y mecánicos activos en el periodo de dentición mixta.

El método de elección por lo general es el retenedor de la lengua para romper hábitos, ya que con éste no se requiere una cooperación del paciente tan importante como con los aparatos removibles. Si el paciente está bastante motivado y coopera bien, el clínico puede intentar utilizar un retenedor de lengua adaptado a un dispositivo removable tipo Hawley modificado. McDonal y Avery (1990), aseveran que si el bebé tiene el hábito de la succión del dedo pulgar, puede ser posible la corrección cuando pase de la lactancia a la fase de masticación, pudiendo lograrse una reorientación de la actividad de succión hacia la actividad masticatoria, lo cual se refuerza al retirarle el pulgar de la boca y reemplazarlo con un sustituto como algo que sea masticable. En niños más grandes, el uso de ayudas visuales puede ser útil para mostrarles como el hábito de succión del pulgar puede dañar su boca si persiste.

Por otra parte, ninguno de los numerosos abordajes correctores recomendables deberá ser considerado hasta que se obtenga una historia detallada intentando averiguar la causa: mediante la conversación con el niño y con sus padres, el Odontólogo generalmente podrá determinar si el hábito se relaciona con algún problema de alimentación de edad temprana que continua como hábito fértil, o bien si es adquirido por intención o es el resultado de un problema emocional complejo. La succión del pulgar es con frecuencia una manifestación de la seguridad del niño o su mala adaptación; el niño puede tener temor a la oscuridad, miedo a separarse de los padres o miedo a los animales e insectos y la historia clínica revelará a menudo dificultad en el control de esfínteres, ya que algunos niños continúan mojando la cama varios años después de comenzar la escuela. Hechos como la falta de voluntad para integrar actividades grupales en la escuela deben registrarse igualmente en la anamnesis, así como la existencia de conflictos en el hogar, que pueden constituir la génesis de la adquisición de la digitosucción a causa de inestabilidad emocional.

Para el tipo de mordida cruzada o mordida cruzada de conveniencia, antes de iniciar el tratamiento con aparatos funcionales es necesario expandir la arcada superior con una placa activa de paladar partido con gato y, a veces, se puede incorporar una pequeña reja de alambre para bloquear la lengua en la zona de la mordida cruzada o al menos para generar un engrama exteroceptivo que induzca una retracción lingual. En algunos casos de disfunción grave se puede iniciar el tratamiento con una pantalla oral y usar más adelante la placa activa.

En una mordida abierta esquelética que se acentúa progresivamente debido a un patrón de crecimiento vertical muy acusado, el tratamiento causal no da buenos resultados; dado que en estos casos la disfunción lingual es secundaria a la base orfogenética primaria, el tratamiento es más complejo: se pueden conseguir mejores resultados con aparatos fijos con el sacrificio simultáneo de algunos dientes. En los casos extremos, la única alternativa viable es la cirugía ortognática, una vez que se ha completado el crecimiento. Sin embargo, en el periodo de dentición mixta se puede conseguir una mejoría parcial eliminando parte de la disfunción, que no altera materialmente el patrón de crecimiento, que requerirá otros métodos terapéuticos más adelante. No obstante, es posible modificar un patrón de crecimiento vertical mediante fuerzas ortopédicas intensas (con o sin imanes que repelan) o activadores diseñados especialmente; la ortopedia fija, con fuerzas intensas y de tracción vertical, puede alterar la dirección de crecimiento del maxilar inferior y restringir al mismo tiempo la erupción de los segmentos bucales, mientras que los activadores pueden alterar la inclinación de la base del maxilar superior. También en este caso es necesario efectuar un análisis del patrón del crecimiento y un estudio funcional para determinar la forma de tratamiento con mayores posibilidades de éxito.

Para Canut Brusola (2000), el plan de tratamiento está condicionado por un correcto diagnóstico etiológico, que deberá realizarse mediante anamnesis, exploración clínica del paciente y análisis de los modelos de estudios, ya que la

telerradiografía lateral de cráneo no permite analizar las alteraciones transversales. La preocupación principal del examinador será localizar de forma precisa dónde radica la anomalía, si está confinada sólo al maxilar superior, a la mandíbula o a ambos, y si la afectación es solamente alveolodentaria o existe una marcada discrepancia en el tamaño de los huesos maxilares.

Al respecto Cohen (1994), indica que cuando el niño reconoce el hábito y su efecto y desea interrumpirlo, entonces, y sólo entonces, es posible el tratamiento. Este puede variar desde un sistema de propia supervisión, hasta aparatos complicados: una simple placa palatina, pasiva y no funcional, servirá como recordatorio conducente al abandono del hábito. Parecería que cualquier dispositivo que sirva para llevar al hábito de la subconsciencia a la consciencia permitirá al niño quebrar el hábito si no lo necesita o desea más; no sólo es práctico, sino también conveniente incorporar al diseño de ese dispositivo recordatorio fuerzas que corrijan el mal alineamiento o la rotación.

Si bien el mal alineamiento, en la mayoría de los casos, se corregirá por sí mismo con la sensación del hábito, es un proceso lento. El uso del aparato recordatorio para dejar expedito el proceso de realineamiento dará al niño una sensación de éxito y logro que reforzará el deseo de interrumpir el hábito. El aparato de Hawley con arco de alambre labial ajustable por cierre de las ansas en U en la zona canina es de fácil confección y puede ser utilizado para modificar la protrusión de los dientes anteriores superiores y cerrar los espacios existentes si se lo desea; se puede hacer una modificación sencilla de Hawley para el cierre de los espacios interdentarios y la alteración de la inclinación incisal con un mínimo de supervisión; para ello se pueden colocar ganchos de alambre redondo por labial y distal de los caninos y en lugar del arco labial se colocan elásticos de goma, que van enganchados en las ansas caninas y ejercen una presión ligera continua contra la cara vestibular de los incisivos. El grado de inclinación y el movimiento lingual se regulan mediante

alivio delacrílico palatino adyacente a los cúngulos de los dientes por movilizar; esta modificación del aparato superior de Hawley permite el movimiento dentario bien controlado, pues los dientes se moverán sólo cuando haya espacio entre los dientes y elacrílico lingual.

De igual forma, el Odontólogo debe hacer comprender al paciente y sus padres que el aparato no corregirá la maloclusión si existe una Clase II, división 1, o una maloclusión de Clase I con resalte pronunciado y dientes grandes. Sin embargo, mejorará el alineamiento y reducción del sobresalte.

También se pueden usar aparatos fijos para detener la succión digital; la modificación del aparato básico no es difícil y puede utilizar bandas, ganchos para elásticos y elásticos de goma para dique, para alinear selectivamente los dientes anteriores y controlar el espaciamiento. La modificación no debe ser tal que cause un traumatismo de la lengua, los dedos o los tejidos de sostén; no hay razón para recurrir a la “horquilla de heno” o “paragolpes de locomotora” de alambres aguzados para desalentar los dedos o la lengua. Habitualmente, se colocan aparatos fijos para servir un propósito doble, a saber, detener los hábitos digitales y reprimir la interposición lingual, cuyo tratamiento sigue.

Así, el tratamiento oportuno es un factor de importancia crítica, es decir, luego de erupcionados los dientes anteriores permanentes; el niño debe recibir una oportunidad para responder espontáneamente al hábito antes de que erupcionen estas piezas dentales y, por tanto, la terapéutica a menudo se refleja entre los cuatro y cinco años. Pinkham (1991), aconseja tres métodos diferentes para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito. El primero, terapéutica de recuerdo, es conveniente para quienes desean responder la costumbre, pero necesita cierta ayuda para interrumpirla por completo. Una banda adhesiva pegada alrededor del dedo causal puede funcionar como recordatorio constante para

no colocarlo en la boca, que debe permanecer en su sitio hasta que el hábito desaparece; estímulos desagradables, como pintar soluciones de mal sabor en el dedo, también recuerdan al niño que no efectúen la succión, pero suelen percibirse como castigo y pueden no ser tan eficaces como un recordatorio neutral.

Un segundo recurso para influir sobre los hábitos bucales es mediante un sistema de recompensa: se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el primero y el Odontólogo, donde sólo se menciona que el niño interferirá su hábito durante un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, si satisface las exigencias del pacto; la recompensa no tiene que ser extravagante pero si especial para motivar al niño.

Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con su recordatorio y recompensa y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario iniciar con tratamiento con aparatos; este tipo de terapéutica comprende la colocación de un dispositivo en la boca, "...que físicamente desalienta el hábito al complicar la succión digital". (Pinkham; 1991, P. 313). El Odontólogo debe explicar al paciente y a los padres que el aparato no es un castigo sino un recordatorio permanente para no colocar el dedo en la boca.

Los dos dispositivos usados más a menudo para no colocar el dedo en la boca son el "quad helix" y la trampa palatina: el primero es fijo y se emplea para expandir un arco superior constreñido; las hélices del aparato sirven para recordar al niño que no debe colocar el dedo en la boca. Este es un dispositivo versátil pues puede corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito digital.

El otro dispositivo, la trampa palatina, se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión. Se ajustan bandas en los primeros molares permanentes o en los segundos molares

primarios, se dobla un arco lingual de alambre grueso (calibre 0,038 pulgadas) para que ajuste de manera pasiva en el paladar y se suelda a las bandas molares; también se suelda más alambre sobre esta base a fin de formar una trampa de obstrucción mecánica por el dedo.

Es necesario informar a los padres y al paciente sobre ciertos efectos secundarios que aparecen de manera temporal después de cementar el aparato: durante los primeros días posteriores a la colocación del mismo, pueden presentarse alteraciones en los patrones de alimentación, fonación y del sueño; estas dificultades disminuyen con frecuencia entre tres días y dos semanas. La higiene bucal es el problema principal con trampa palatina y, en grado menor, con el quad helix, pues los dispositivos atrapan alimentos y es difícil limpiarlos aún con esmero, y pueden presentarse halitosis e inflamación de tejidos.

En cualquier caso, los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en la boca; la trampa palatina impide de inmediato que el niño succione, pero exige otros seis meses de uso para extinguir el hábito (Háryett y Cois, 1970). También el quad helix requiere seis meses de tratamiento: 90 días para corregir la mordida cruzada y otros tantos para establecer el desplazamiento.

Pero no todos los hábitos de succión requieren tratamiento con aparatos, ni todos los hábitos ocasionan daño; en estos casos se debe dejar a los niños en paz y observarlos periódicamente. En ocasiones, el comentario de los problemas con el niño por lo menos puede eliminar la succión, en tanto que otros elementos del problema pueden ser superados con una mayor madurez psicológica. Si el hábito sólo es una faceta de una inmensidad de síntomas de un problema de comportamiento anormal, lo que se recomienda primero es consultar a un psicólogo; sin embargo, estos casos son la minoría, pues en la mayoría de los casos los niños tienen una adaptación y salud adecuada. En todo caso, el momento óptimo para colocar un

dispositivo disuasor del hábito de succión digital es entre los 3.5-4.5 años de edad, mientras el deseo de succión puede ser sustituido por el juego fuera de la casa y las actividades sociales.

Según Háryett y Cois (1970), los aparatos tienen varios propósitos: primero, hacen que el hábito de succión carezca de sentido. Claro que el niño puede colocar su dedo en la boca, pero no obtiene satisfacción al hacerlo; segundo, debido a su construcción, el aparato evita que la presión del dedo o de los dedos continúe desplazando labialmente a los incisivos superiores, lo que evita un daño mayor y una función de los labios y la lengua anormales. Tercero, el aparato obliga que la lengua vaya hacia atrás. Si el paciente es niño sano, no se pueden observar resultados desfavorables, excepto el defecto del lenguaje sibilante temporal cuando se usa el aparato, que desaparece al retirarlo.

El papel de los padres en la corrección del hábito de succión digital es muy importante; a menudo, los padres están muy ansiosos con respecto al hábito y sus probables efectos, y esta ansiedad puede llevarlos a machacar sobre el tema o a castigar al niño, lo que frecuentemente crea una tensión mayor e intensificación del hábito. Con frecuencia son necesarios cambios en el ambiente y la rutina hogareña antes de que el niño pueda vencer el hábito.

En consecuencia, el problema de la succión digital es complejo. El papel del Odontólogo a menudo es necesario en este caso, aunque puede ser el primero a quien se consulte; es deber del especialista en Odontología advertir a los padres acerca de los posibles efectos dentales y diferentes métodos posibles corrección del hábito.

En criterio de Canut (ob.cit), existen dos razones principales para que los padres se sientan involucrados emocionalmente con respecto a la succión digital de sus hijos: 1) es socialmente inaceptable y 2) los padres creen que el hábito causará un

mal alineamiento antiestético de los dientes; como consecuencia de esta reacción en exceso emocional, en general no están dispuestos a aceptar la succión digital como práctica normal de la primera infancia que, sin embargo, debiera ser limitada desde temprana edad como factor previsorio.

### **Sistema de variables.**

Las variables en una investigación, conforme a lo sostenido por Sierra (2004), constituyen los aspectos o factores que el investigador debe delimitar a fin de dar un propósito específico a su estudio.

En el presente caso, las variables a investigar y su correspondiente operacionalización se detallan en el siguiente cuadro:

**CUADRO N° 1  
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Objetivos</b>	<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Caracterizar la frecuencia del hábito de succión digital, según edad y sexo, en los infantes que asisten al Consultorio Odontológico San José en Canoabo, Municipio Bejuma, Estado Carabobo	Frecuencia de hábito de succión digital en niños y niñas de seis a 10 años de edad	Procedimental: Anamnesis	- Sexo - Edad
Determinar las manifestaciones patológicas orales y dentales presentadas por la muestra seleccionada	Manifestaciones patológicas orales y dentales originadas por el hábito de succión digital	Procedimental y Técnica: Examen clínico	Manifestaciones patológicas: - Mordida abierta - Paladar ojival - Protrusión anterosuperior - Retrusión anteroinferior

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

### **Tipo y diseño de investigación**

Según sean los objetivos que el investigador desea alcanzar, deberá adoptar un tipo específico de investigación; es por ello, que, conforme a sus características y finalidades, esta investigación se ajusta al tipo descrito por Labrador, Orozco y Palencia (2002), como científica, que es aquella “... orientada a la producción de nuevo conocimiento y enfocada al desarrollo del componente cognoscitivo en la búsqueda de una verdad probabilísticamente reproducible” (p. 7); de igual forma, se clasifica como un estudio transeccional no experimental, ya que los datos serán tomados en un único período de tiempo, sin alterar o manipular las variables contempladas.

En cuanto a diseño, se trata de un estudio descriptivo que, tal como señala Echeverría (citado en Arnal y cols., 1994), describe un fenómeno dado, analizando y explorando las asociaciones relativamente estables de las características que lo definen, término aplicable ya que se describirán las manifestaciones del hábito de succión digital en niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los seis y 10 años.

### **Población y muestra**

La población, que en términos estadísticos se refiere al universo u objeto de estudio, en el presente caso estuvo constituida por todos los pacientes con edades comprendidas entre los seis y los 10 años que asisten al Consultorio Odontológico San José de la población de Canoabo, Municipio Bejuma del Estado Carabobo. En

cuanto a la muestra, “...que forma parte de la población y sirve para representarla” (Sabino, 2002, p. 85), se trata de un muestreo no probabilístico intencional integrado por 29 pacientes, seleccionados conforme al siguiente criterio de inclusión:

- Varones y hembras dígitosuccionadores habituales
- Edades comprendidas entre seis y 10 años (ambos inclusive)

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En opinión de Orozco, Labrador y Palencia (2002), las técnicas e instrumentos de recolección son todos los recursos de los que se vale el investigador para obtener la información; en la presente investigación, la técnica fue la observación participante, empleando para ello en un primer momento la revisión de anamnesis para la selección de los sujetos de la muestra y, posteriormente, la realización de historias clínicas -que constituyeron el instrumento de recolección- elaboradas conforme a las normas y prácticas del ejercicio odontológico, en la que se registraron las observaciones emanadas del examen clínico en lo pertinente a las manifestaciones bucodentales de los niños estudiados.

Esta técnica, referida al tratamiento analítico que el investigador da a los datos recabados, estuvo ajustada al método de análisis estadístico descriptivo, realizado mediante la codificación, tabulación y graficación de los resultados, lo cual permitió efectuar su análisis e interpretación y generó las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

## **CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Una vez obtenidos los datos resultantes de la aplicación del instrumento, esto es, en las historias clínicas se encontraron hallazgos que confirman las presunciones efectuadas por las investigadoras en un primer momento.

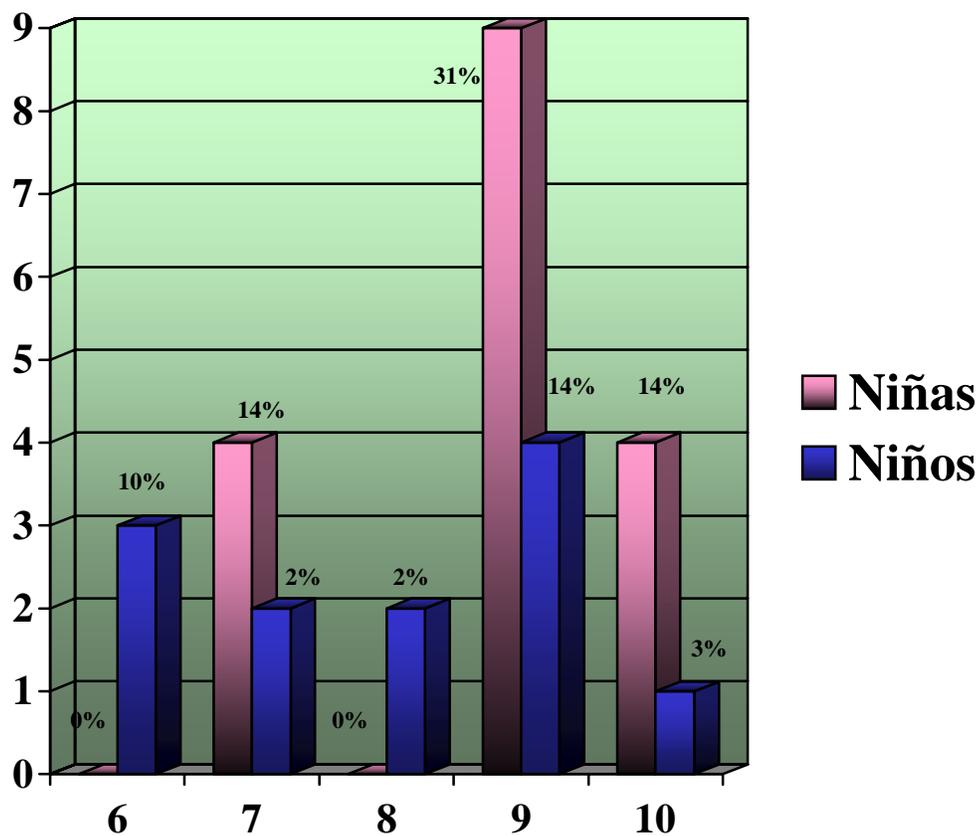
Efectivamente, la información recabada en lo que compete al primer objetivo, que consistió en caracterizar la frecuencia del hábito de succión digital según edad y sexo en la muestra seleccionada, se obtuvieron los siguientes resultados, mostrados en el Cuadro N° 2 y Gráfico N° 1:

**Cuadro N° 2**  
**Distribución de hábito de succión digital por sexo y edad**

Edad (años)	Sujetos	Niñas		Niños	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
6	3	0	0	3	10
7	6	4	14	2	7
8	2	0	0	2	7
9	13	9	31	4	14
10	5	4	14	1	3
<b>Totales</b>	29	17	59	12	41

Fuente: Historia Clínica

**Gráfico N° 1**  
**Distribución de hábito de succión digital por sexo y edad**



Fuente: Cuadro N° 2

**Análisis e interpretación Cuadro N° 2, Gráfico N° 1.**

Las frecuencias obtenidas permiten apreciar que las niñas, a pesar de no haberse registrado casos de digitosucción en las edades 6 y 8 años, muestran una incidencia mayoritaria con respecto a los niños expresada mediante el 59%, en contraposición a un 41% de los varones, donde todas las hembras (cuatro de 6 años, nueve de 9 años y cuatro de 10 años) tienen el hábito plenamente adquirido, mientras

que en los varones se muestra la siguiente tendencia: tres de 6 años, dos de 7, dos de 8, cuatro de 9 y uno de 10 años.

Asimismo, se evidenció que las edades en que se presenta más tendencia a este hábito es, en las niñas, a los 9 años (31%), en tanto que en los niños la presencia es constante en todas las edades contempladas, aunque se aprecia mayor frecuencia en las edades de 6 (10%) y 9 años (14%) y un marcado descenso hacia los 10 años de edad..

En consecuencia, se demuestra por una parte que las hembras muestran porcentajes superiores a los varones en la adquisición del hábito de dígitosucción y que, además, lo mantienen por más tiempo, es decir, pareciera que a las niñas les es más difícil dejar dicho hábito y esta sería la razón por la que hay más niñas digitosucciónadoras de 10 años que varones de la misma edad.

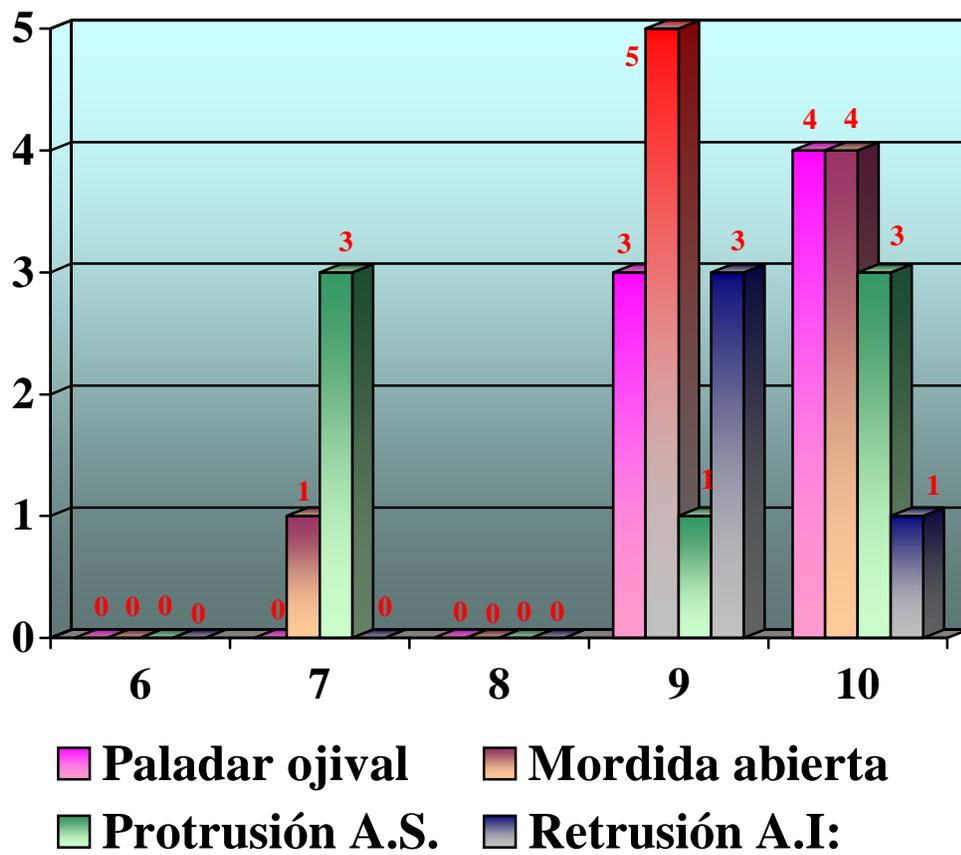
De esta forma, se convalidan los postulados de autores como Salazar (1997) y MacDonald y Avery (1990), quienes han comprobado que la mayor incidencia del hábito de chuparse el o los dedos se encuentra en el sexo femenino, entre los 8 y 10 años, en tanto que si bien en los varones se encuentra una tendencia elevada durante los primeros años de edad, conforme crecen abandonan el hábito.

**Cuadro N° 3**  
**Distribución de manifestaciones patológicas en niñas**

<b>Edad</b>	<b>Manifestaciones patológicas</b>			
	<b>Paladar ojival</b>	<b>Mordida abierta</b>	<b>Protrusión anterosuperior</b>	<b>Retrusión anteroinferior</b>
6	0	0	0	0
7	1	3	0	0
8	0	0	0	0
9	3	5	2	3
10	4	4	3	1

Fuente: Historias Clínicas

**Gráfico N° 2**  
**Distribución de manifestaciones patológicas en niñas**



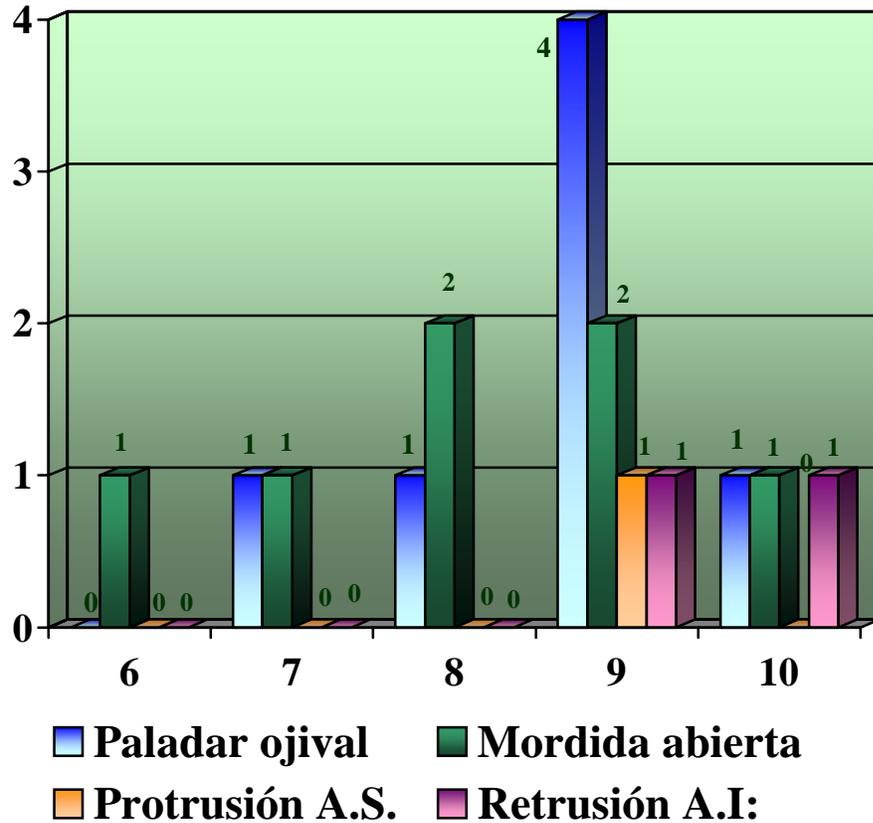
Fuente: Cuadro N° 2

**Cuadro N° 4**  
**Distribución de manifestaciones patológicas en niños**

<b>Edad</b>	<b>Manifestaciones patológicas</b>			
	<b>Paladar ojival</b>	<b>Mordida abierta</b>	<b>Protrusión anterosuperior</b>	<b>Retrusión anteroinferior</b>
6	0	0	0	0
7	1	3	0	0
8	0	0	0	0
9	3	5	2	3
10	4	4	3	1

Fuente: Historias Clínicas

**Gráfico N° 3**  
**Distribución de manifestaciones patológicas en niños**



Fuente: Cuadro 4

**Análisis e interpretación Cuadros Nros. 3 y 4, Gráficos Nros. 2 y 3**

En primer lugar, considérese la manifestación patológica paladar ojival; como puede apreciarse en el Cuadro N° 3, la incidencia en las niñas no se presentó en las edades 6 y 8 años; en tanto que destaca que en los siete, nueve y diez años el examen clínico permitió diagnosticarlo en ocho niñas, lo que representa un promedio de más del 50% de la muestra femenina; en el caso de los varones, la situación es relativamente similar, ya que sólo un niño de 6 años no presentó paladar ojival y la

mayor incidencia se apreció en los sujetos masculinos de nueve años (99% del grupo etario de varones).

En consecuencia, se puede afirmar que en ambos grupos se notó una tendencia bastante discreta de paladar ojival, lo cual concuerda con los hallazgos de Moreno y Ortega (2001), para quienes el hábito de succión digital, entre otros efectos, incide en la modificación del velo palatino, especialmente cuando dicho hábito se adquiere a temprana edad.

En cuanto se refiere a la manifestación conocida como mordida abierta, los resultados fueron más contundentes: 11 niñas presentaron esta afección en todas las unidades etarias, a saber: tres de 7 años, cuatro de 9 años y todas las de 10 años (4), lo que representa el 51% de incidencia, en tanto que en los varones se detectó de la siguiente forma: un niño de 6 años, uno de 7 años, uno de 8 años, 2 de 9 años y el único de 10 años, representando esta frecuencia el 49% de promedio de mordidas abiertas, lo que implica de nuevo que el sexo femenino presenta una mayor frecuencia en este tipo de manifestación

Así, se aprecia que la tendencia a la mordida abierta como secuela de el hábito de chuparse el dedo revela gran incidencia en la muestra estudiada y, en este sentido, los resultados comprueban la teoría de Rakosi y Jonás (1984), para quienes las alteraciones palatinas son una de las secuelas más comunes de la digitosucción continua.

Los resultados correspondientes a la protrusión anterosuperior demostraron una tendencia destacada, especialmente en los sujetos de 9 y 10 años; ciertamente, 5 de las 12 niñas de este grupo presentaron esta anomalía dentaria, en tanto que en los varones se presentó en una proporción de 2 a 6, lo que, contrariamente a los resultados anteriores, da a los niños una mayor incidencia en esta manifestación

patológica de la succión digital. En lo que concierne a la retrusión anteroinferior, nuevamente el sexo femenino presenta mayor tendencia que el masculino, pues sólo en 2 varones se apreció este efecto mientras que en las niñas se detectó en 3 sujetos.

Ambos resultados coinciden, entonces, con las apreciaciones emitidas por Salazar (1997.), quien asegura que las alteraciones intrabucuales conocidas como protrusión anterosuperior y retrusión anteroinferior resultan ser las más frecuentes en infantes (generalmente hembras), entre los 9 y 12 años como secuela de la succión digital, ya que la permanencia en el tiempo de dicho hábito va alterando progresivamente la alineación y la oclusión dental.

Es necesario, adicionalmente, considerar otro aspecto que convalida lo señalado por la citada autora: en las edades de 6 y 7 años, las manifestaciones patológicas de la succión digital se presentaron aisladas, en tanto que a partir de los ocho años se aprecia una simultaneidad de manifestaciones que se enriquece conforme la edad, demostrado en el Cuadro N° 5. Véase:

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez analizados e interpretados los resultados obtenidos a través de la aplicación práctica de la investigación, no queda menos que concluir que, en total concordancia con los referentes teóricos consultados, la prevalencia de las manifestaciones patológicas conocidas como paladar ojival, mordida abierta, protrusión anteroposterior y retrusión anteroinferior en niños digitosuccionadores resultó elevada, especialmente en el sexo femenino y a partir de los 9 años, edad en la que se presentan dichas alteraciones en forma simultánea como consecuencia de la prolongada succión digital.

Cabe destacar que hasta ahora, según los especialistas estudiados, no se ha explicado la incidencia de dichas alteraciones en el sexo femenino, lo que se considera debe ser objeto de profundas investigaciones que quizá puedan involucrar aspectos emocionales, observación que se efectúa aunque no haya sido ésta una de las consideraciones del presente estudio.

En todo caso, la recomendación primaria va dirigida hacia los padres, con la finalidad de desestimular tempranamente el hábito de succión digital en sus hijos, lo cual puede ser causa, como ya fue comprobado, de manifestaciones que de otro modo difícilmente llegan a presentarse y que pueden ser causa de alteraciones que ameriten tratamientos complejos.

La segunda recomendación va dirigida a los profesionales de la Odontología, quienes están en el deber de orientar a los padres en función de desmotivar lo más pronto posible el hábito digitosuccionador en los niños, en aras de garantizar su salud morfofuncional a nivel bucodental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A (1974) **Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad**. Madrid: Alianza.
- Cáceres, J. (1998) **Técnicas de Investigación en sociedad, cultura y comunicación**. México Addison.
- Canut, B (2000) **Ortodoncia**. Interamericana.
- Cohen, J. (1994) **Odontología Pedriatica**. México Interamericana..
- Chaconas, J. (1982) **Ortodoncia**. México Manual moderno.
- Finn, S (1982) **Odontología Pedriatica**. México Interamericana..
- McDonal, R. y Avery, D. (1991) **Odontología Pedriatica y del Adolescente**. Médica Panamericana.
- Orozco, C., Labrador, M., Palencia, A. (2002) **Metodología. Manual teórico práctico de metodología para tesis, asesores, tutores y jurados de trabajos de investigación y ascenso**. Valencia: OFIMAX.
- Pinkhan, J (1991) **Odontología Pedriatica**. México Interamericana..
- Quiroz, Oscar (2003) **Ortodoncia**. Caracas Actualidades Medico odontológicas latinoamericana, C.A.
- Sabino, C. (2002) **El Proyecto de Investigación**. Caracas: Panapo.

Sierra, C. (2004) **Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación.**  
Maracay: Insertos Médicos de Venezuela