



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**TIPOS DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE SUCCIÓN
DIGITAL DEL PULGAR O ÍNDICE EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA**

Autores:

Br. Díaz Omaraliz

Br. García Daniel

Urb. Yuma II, calle N 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD “JOSÉ ANTONIO PÁEZ”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TIPOS DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE SUCCIÓN
DIGITAL DEL PULGAR O ÍNDICE EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al Título de
Odontólogo**

Autores:

Br. Díaz Omaraliz

Br. García Daniel

Tutora:

Od. Nora González de Fraino

San Diego, Noviembre 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD "JOSÉ ANTONIO PÁEZ"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

TIPOS DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE SUCCIÓN
DIGITAL DEL PULGAR O ÍNDICE EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA

ESTUDIANTES

Cedula de Identidad

V-23.797.592

V-22.417.036

Nombre y Apellido

Díaz Omaraliz

García Daniel

Tutor Académico: Od. Nora de Fraino

3.990.402

Cedula de Identidad

Firma

COORDINACION DE TRABAJO DE GRADO

Firma



Sello

19 / 10 / 17

Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

**PLANILLA SOLICITUD:
ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Díaz Rojas	Nombres: Omaraliz Orlany	C.I.: V- 23.797.592
Dirección: San Diego, estado Carabobo		Teléfono: 0424-228-51-01
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico: puntos	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores Nombre: Omaraliz Díaz Teléfono: 0424-228-51-01 Nombre: Daniel García Teléfono: 0416-730-95-39		
Título del Trabajo: Tipos de Maloclusiones asociadas al Hábito de Succión Digital del pulgar o índice en niños con dentición mixta.		
Breve Explicación: Evaluar los Tipos de maloclusiones asociadas al hábito de succión digital del pulgar o índice en niños con dentición mixta de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo: Dos (2) semestres		
Tutor Académico propuesto: Od. Nora de Fraino		

APROBADO ✓ NO APROBADO

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

Heylin Ollarves [Firma] 19/10/17
Nombre Firma Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA
Romero Pw [Firma] 2/11/17
Nombre Firma Fecha



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Od. Nora González de Fraino, titular de la Cédula de Identidad N° 3.990.402, en mi carácter de Tutora del Trabajo de Grado presentado por los ciudadanos **Díaz Omaraliz, titular de la C.I. V-23.797.592 y García Daniel, C.I. titular de la C.I. V-22.417.036, titulado “ Tipos de Maloclusiones asociadas al Hábito de Succión Digital del Pulgar o índice en niños con Dentición Mixta.”**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 02 días del mes de junio del año dos mil diecisiete.

(Firma autógrafa)


Nora de Fraino

CI. 3.990.402



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 CARRERA ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "T. Tipos de Maloclusiones Asociadas al Hábito de Succión Digital del Pulgar a niños en Niñas con Dentición Mixta", realizado por Daniel García C.I. 2247036. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: diez y nueve (19) PUNTOS.

MAIS
 Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Mano Borge
 C.I.: 3980402

afp
 Jurado

Nombre: Marielit Montolio
 C.I.: 8.832.191

Ornelobomez
 Jurado

Nombre: Ornelobomez
 C.I.: 1.731.856

Fecha 07/11/2017.





**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA**

ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "I. Tipos de Malocclusiones Asociadas al Habito de Succión Digital del Pulgar o Índice en niños con dentición mixta", realizado por Omaralíz Díaz C.I. 2374592. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: diez y nueve (19) PUNTOS.

[Signature]
Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Mrs. Grys
C.I.: 3880402

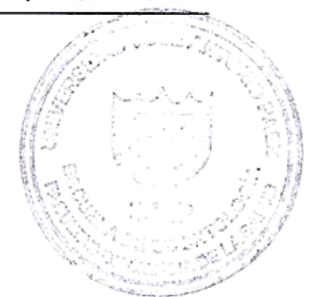
[Signature]
Jurado

Nombre: Margriet Montaña
C.I.: 8-832.191

[Signature]
Jurado

Nombre: Oswaldo Mejías
C.I.: 1.731.856

Fecha 07-11-2017.



DEDICATORIA

A **Dios**, por iluminarme, guiarme y darme la convicción de seguir adelante sin desvariar ante los obstáculos que se presentan a diario.

A mis padres **Miguel G** y **Arlet O.** porque, mucho de lo que soy se los debo a ellos, son mis pilares su apoyo incondicional, su cariño y confianza me han permitido continuar ante las condiciones más adversas. Demostrándome que los sueños con trabajo y dedicación se hacen realidad y a nunca perder las ganas de vivir y buscar mi felicidad, gracias por tanto. Los amo.

A mi abuela **Aminta O.** y **Olga C.** quienes con su dedicación han dejado en mí una huella imborrable de cómo vivir la vida a través de su amor y saber que cuando algo vale la pena, seguir a nuestros corazones y nunca desistir hasta lograr nuestras metas, las amo .

A mis hermanos **David** y **Gabriella** quienes han sido y serán mis mejores amigos, los incondicionales, los que me han mostrado de su mano que en la vida es importante tener la compañía de la las personas adecuadas para lograr las cosas.

A todos los demás familiares y amigos que de forma directa e indirecta ayudaron a construirme como persona y como profesional.

He aprendido que en la vida nada es por el azar si no que dios todo lo tiene previsto, él sabe a quién pone, cuándo y por qué, por eso le debo agradecer por haberme dado la dicha de conocer a tan excelente persona, amiga, amor y compañera de tesis **Omaraliz D.** quien me acompaño durante toda la carrera en mis aciertos y desaciertos, te debo grandes cosas, gracias por ser tan noble comenzamos como extraños y ahora nos queda mucha historia por escribir. Gras por el apoyo. Te amo

A mi tutor (a) **Nora de Fraino**, por brindarme sus conocimientos para lograr con éxito la culminación de este proyecto.

A mis profesores que nutrieron de hermosos y nuevos conocimientos para poder alcanzar tan anhelado meta.

Daniel García

DEDICATORIA

A **DIOS**, por la vida y la oportunidad de haberme guiado y bendecido en este camino. Gracias.

A mi padre **Orlando Díaz**, que eres y serás siempre mi orgullo, mi más sincero amor, principal pilar en mi vida; a ti y a mi madre les debo quien soy...Gracias por ser un padre excepcional, sigues siendo el mejor te amo papá.

A mi madre **Maira Rojas**; hermanos, **Orlando Díaz**, **Jesús Díaz**, **Glaysber Díaz**, tía **Gladys Rojas** y Sobrina **Valeria Arias**; por ser pilares fundamentales en mi vida, por siempre mostrarme el camino hacia la superación, ser mi inspiración y ejemplo a seguir, por enseñarme que siempre en las adversidades el amor siempre prevalece, el respeto, la comprensión, por enseñarme la gratitud y la bendición de tener un Hogar. Los Amo.

A mi novio, amigo y compañero de tesis **Daniel García** quien ha creído en mí, y me ha hecho crecer como ser humano, por enseñarme el amar, respetar y tolerar, quien ha vivido conmigo esta montaña rusa de subidas y bajadas durante nuestro crecimiento universitario, gracias por tu apoyo y paciencia. Te Amo.

A todos aquellos familiares y amigos que siempre me acompañaron en mi crecimiento académico y apoyo cuando más o necesite. Gracias.

A **María Mercedes Blanco** por brindarme siempre amor, apoyo, confianza muchas gracias por siempre estar presente.

A mi tutor (a) **Nora de Fraino**, por haber confiado en nosotros y habernos brindados sus conocimientos para la culminación de este proyecto.

Omaraliz Díaz

AGRADECIMIENTOS

Y todo lo que hagan, de palabra o de obra, háganlo en el nombre del Señor Jesús, dando gracias a Dios el Padre por medio de él. (Colosenses 3:17)

A nuestra alma mater (UJAP), por brindarnos una de nuestras mejores experiencias en la Vida, donde adquirimos nuevos conocimientos, lograr un sueño y alcanzar una meta en común.

A nuestros Padres y amigos quienes nos enseñaron que nunca hay que rendirse, no existen los finales, solo los nuevos comienzos.

A nuestra tutora Dra. Nora de Fraino, por orientarnos y brindarnos sus conocimientos para lograr con éxito este magnífico proyecto.

A Lucia, Rene y Carmen por haber brindado parte de su tiempo y conocimientos académicos en la realización de este proyecto. Gracias por su apoyo y dedicación.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD “JOSÉ ANTONIO PÁEZ”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**TIPOS DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE SUCCIÓN
DIGITAL DEL PULGAR O ÍNDICE EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA.**

Autoras: Daniel García

Omaraliz Díaz

Tutora: Nora de Fraino

Octubre 2017

RESUMEN INFORMATIVO

El objetivo de la presente investigación fue Evaluar los Tipos de maloclusiones asociadas al hábito de succión digital del pulgar o índice en niños con dentición mixta de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero - Julio 2017, para ello, se realizó un estudio de campo en modalidad proyecto especial, de nivel descriptivo, la población estuvo comprendida por ochenta y siete (87) historias seleccionando una muestra probabilística de veintitrés (23) historias de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial. Para la recolección de información se utilizó la observación directa (lista cotejo), cuyos resultados permitieron diagnosticar las maloclusiones asociadas al hábito de succión digital en niños con dentición mixta, identificando los tipos de maloclusión y alteraciones originadas por la succión del dedo pulgar o índice, posteriormente se expusieron los datos mediante tabulaciones, gráficos y se obtuvieron los objetivos planteados. Se concluyó que, el hábito de succión digital en los pacientes estudiados causa maloclusiones de mayor prevalencia Clase I y Clase II división 1 siendo esta de mayor incidencia las cuales desencadenan alteraciones en el sistema estomatonáutico de los pacientes.

Palabras Clave: Succión Digital; Habito; Maloclusiones; Dentición Mixta.

INDICE DE CONTENIDO

ACEPTACIÓN DEL TUTOR	Pp. vii
ACTA DE APROBACION DE TRABAJO DE GRADO	viii
DEDICATORIA (Daniel García)	ix
DEDICATORIA (Omaraliz Díaz)	x
AGRADECIMIENTOS	xi
RESUMEN INFORMATIVO	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Objetivos de la Investigación	
1.2.1 Objetivo General	5
1.2.2 Objetivo Específico	5
1.3. Justificación de la Investigación.	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación.	8
2.2. Bases Teóricas	10
2.2.1. Desarrollo Cráneo Facial	11
2.2.2. Maloclusión	11
2.2.3 Clasificación de la maloclusión de Angle	12
2.2.4. Etiología de las Maloclusiones	17
2.2.5. Hábitos de Succión	18
2.2.6. Hábitos de succión Digital	18
2.2.7. Influencia de succión en el desarrollo cráneo facial.	21
2.3. Definición de Términos Básicos	23
CAPÍTULO III MARCO METODOLOGICO	
3.1. Tipos de Investigación	26
3.2. Diseño de la Investigación	26
3.3. Población y Muestra	27
3.3.1. Población	27
3.3.2 Muestra	27

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos	27
3.5. Técnica de Análisis de Datos	28
3.6. Fases Metodológicas	28
3.7. sistemas de variables	29
CAPITULO IV. Análisis e Interpretación de los Resultados	31
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Bibliografía.	40
Anexos.	

INDICE DE CUADROS Y TABLAS

	Pp.
Cuadro 1. Operacionalización de Variables	30
Cuadro 2. Dedo más expuesto	31
Cuadro 3. Duración y frecuencia	32
Cuadro 4. Tipo de Oclusión.	33
Cuadro 5. Tipo de Mordida.	34
Cuadro 6. Protrusión y Retroinclinación de incisivos.	35
Cuadro 7. Aumento Resalte.	36
Cuadro 8. Sobremordida.	37

INDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

	Pp.
1. Clasificación de Anglee	13
2. Clase I	14
3. Clase II, División 1	15
4. Clase II, División 2	16
5. Clase III	17
6. Succión del Pulgar	21
7. Sobremordida Horizontal aumentada y Mordida Abieta.	22
8. Mordida Cruzada	22
9 - 10. Mordida Abierta	23
11. Dedo más expuesto.	31
12. Duración y frecuencia	32
13. Tipos de Oclusión	33
14. Tipo de Mordida.	34
15. Protrusión y Retroinclinación de incisivos.	35
16. Aumento Resalte.	36
17. Sobremordida.	37

INTRODUCCIÓN

El complejo maxilofacial se compone de tres sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal; el sistema esquelético, muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo, son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional.

Por lo que, todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, debido a la gran variabilidad de la secuencia de la erupción y a las diferentes oclusiones que aparecen después de la erupción de cada diente, la dentición mixta es la más difícil de catalogar como normal o anormal, las características de la oclusión dental proponen una clasificación que permite ordenar de manera sistemática y cualitativa las maloclusiones, para su diagnóstico y tratamiento. Esta clasificación se basa en la relación de la arcada dental inferior con respecto a la superior tomando en consideración la relación entre el primer molar permanente superior y el primer molar permanente inferior.

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

Siguiendo el orden de ideas el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo fue Evaluar los Tipos de maloclusiones asociadas al hábito de succión digital del pulgar o índice en niños con dentición mixta de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez quedó estructurado de la siguiente forma:

Primero, se ubica el Capítulo I El Problema, donde se aborda la problemática de los tipos de maloclusiones originadas del hábito de succión digital, desde sus aspectos generales hasta la realidad observada en el universo de estudio, formulación del problema, objetivos de la investigación y justificación e importancia de la misma.

Prosiguiendo se encuentra el Capítulo II Marco Teórico, contentivo de los antecedentes de la investigación, bases teóricas, así como la definición de términos básicos y a continuación, el Capítulo III Marco Metodológico, en el cual se describen los aspectos de método seguidos para lograr los objetivos del estudio: tipo, modalidad, nivel y diseño de investigación y fases metodológicas.

Sigue el Capítulo IV Resultados, donde se exponen detalladamente los hallazgos obtenidos mediante la lista de cotejo aplicada a la muestra de pacientes seleccionados, con sus respectivas representaciones tabuladas, graficadas, análisis y discusión.

Luego se encuentra el Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones, dando así culminación al proceso investigativo; posteriormente, se ubican la lista de Referencias y los Anexos generados a lo largo del estudio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del Problema

La salud se define como estado de bienestar corporal, físico y mental que permite a su vez estar en armonía con los demás individuos, así como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución (1948) "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (pág. 1). Por consiguiente la salud se ramifica en una variedad de ciencias que se encargan de estudiar las diferentes disciplinas de la salud.

La ciencia de la salud tiene una variedad de disciplinas, como es la Odontología que se encarga de estudiar, tratar y prevenir enfermedades y afecciones de la cavidad bucal, existen especialidades en la odontología entre ellas están Endodoncia, Periodoncia, Cirugía, Implantología, Odontopediatria, Rehabilitación Oral, Odontología Forense, Odontología Estética, Ortodoncia, entre otras.

Con respecto a lo anterior, la ortodoncia se encarga de la corrección de los dientes y huesos posicionados incorrectamente, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales, que se encargan de la correcta oclusión dentaria, la cual, es una relación dinámica que permite garantizar la salud del sistema estomatognático, una buena normoclusión, además de evitar y corregir las maloclusiones de tal forma que resulte eficaz en cada una de las funciones que desempeña.

El término maloclusión, se refiere al incorrecto posicionamiento y alineación de los dientes, así como también a la inadecuada relación de engranaje entre los superiores e inferiores.

Es necesario recalcar que, las maloclusiones tienen importantes repercusiones en la salud, al producir alteraciones no sólo en las estructuras de la boca, sino también en encías, músculos y huesos adyacentes. Cuando existe una alteración que comprometa el crecimiento de los maxilares, resulta conveniente realizar un tratamiento a temprana edad, a fin de redirigir dicho crecimiento.

En la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a un proceso patológico, sino a una distorsión del desarrollo normal. Treviño M, (2009). Es frecuente que sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, por lo tanto, no es posible describir un único factor etiológico específico.

Los hábitos orales son patrones reflejos de contracción muscular, de naturaleza compleja que se aprenden, hábito de succión digital, labial, respiración oral, deglución atípica, empuje lingual y onicofagia entre otros, siendo más frecuentes en la población infantil la deglución atípica, la interposición lingual, el empuje lingual y la succión digital. Quirós, A, (2003).

Con respecto a, los riesgos asociados a la succión digital, dependen: de la frecuencia, intensidad, duración, relación de número de dedos introducidos y posición del dedo en la boca causando 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 6 años cuando se presenta en la dentición mixta, también genera cambios en la tonicidad muscular de labios y bucinadores.

Con respecto a lo anterior, la dentición mixta es una etapa muy larga que abarca desde los 6 hasta los 12 años y basada en el recambio dental (exfoliación de la dentadura temporal y erupción de la definitiva). Es un periodo de transición y coincidencia de dientes temporales y definitivos en boca. Al finalizar esta etapa de

convivencia dental habrán desaparecido los dientes temporales o de leche y la boca estará ocupada por la dentición definitiva aunque aún no completa. (Vidal, 2006).

Otros problemas asociados a este hábito son la formación de callos, eccema irritativo, alopecia, paroniquia, uñeros y deformación del dedo, trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. Se considera que el hábito es crónico si el niño succiona el dedo en diferentes ambientes y si ocurre por la mañana y por la noche.

En este propósito, la intención de este estudio es saber identificar y conocer los tipos de maloclusiones asociados a la succión digital del pulgar e índice, para de esta manera poder instruir a la población sobre las consecuencias que trae consigo y así poder influir en la conciencia de los padres y pacientes que acuden a la universidad José Antonio Páez, a la clínica de ortopedia y ortodoncia I – II.

Dadas las condiciones que anteceden surgen las siguientes interrogantes:

¿Determinar el dedo utilizado en la succión digital para identificar maloclusiones?

¿Es importante determinar las maloclusiones con el dedo pulgar o índice?

1.2.Objetivos de la investigación.

1.2.1. Objetivo General

Evaluar los Tipos de maloclusiones asociadas al hábito de succión digital del pulgar o índice en niños con dentición mixta de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero - Julio 2017.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar la situación actual de las maloclusiones en pacientes con dentición mixta a consecuencia del hábito de succión digital

- Identificar el tipo de maloclusiones a consecuencia de succión digital del dedo pulgar o índice
- Analizar los resultados obtenidos los tipos de maloclusiones y tipo de succión digital.

1.3 Justificación de la Investigación

La elevada incidencia del sesenta por ciento (60%) de maloclusiones que afecta a la población infantil desde edades muy tempranas, y la inexistencia de investigación, servicios y programas de ortodoncia preventiva e interoceptivo que beneficie a la población escolar, impulsa a estudiar el tipo de maloclusiones originadas por el hábito de succión digital del dedo pulgar e índice en el Estado Carabobo, en San Diego, específicamente en la clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero - Julio 2017.

Para demostrar con esta investigación la presencia de alteraciones que pueden afectar al infante, además de conocer los diferentes tipos de maloclusiones originadas por el hábito de succión digital tanto del dedo pulgar como del índice.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencia de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con los hábitos bucales así quedó evidenciado por un estudio realizado por Quirós O. (2008) en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, en el cual concluyo que el sesenta por ciento (60%) de los niños examinados presento algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable

para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presento maloclusiones.

Por consiguiente, Pardo de Miguel. et. al (2004) en su estudio “Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta” concluye que la prevalencia de las maloclusiones, oscilan entre el 1,7 y el 47%. 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. 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, aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño.

Es por ello, que el propósito de este trabajo de investigación, es evaluar las maloclusiones en pacientes con dentición mixta a consecuencia del hábito de succión digital, en la clínica de Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial de la Universidad José Antonio Páez.

En tal sentido la siguiente investigación, motivo a conocer con más detalles los tipos de maloclusiones originadas con el hábito de succión digital exactamente de los dedos pulgar o índice, conocer los signos clínicos más evidentes de estos, e identificar los tipos de maloclusiones y las características que pueden relacionarse al hábito de succión digital del pulgar o índice.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se analizarán y expondrán las teorías, investigaciones, leyes y antecedentes consideradas válidas y confiables. En dónde se organiza y conceptualiza el estudio a realizar, para una mejor comprensión y validez del mismo.

2.1. Antecedentes de la Investigación

Según, estudio realizado por Vega, Yanez, Urdaneta, Villalobos, (2006) titulado: **"Hábito de Succión Digital del Pulgar y Comportamiento del Sistema Estomatognático según Biotipo Facial"** donde, el objetivo fue analizar el comportamiento del sistema estomatognático ante la presencia del hábito de succión digital, según biotipo facial. La población objeto de estudio estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de Succión Digital del Pulgar (48 en total) en edades comprendidas entre 6 y 11 años, de ambos géneros que asistieron al Centro Integral de Atención al Niño –Facultad de Odontología de La Universidad del Zulia, investigación no experimental, correlacional,

Se tomaron radiografías cefálicas laterales, impresiones de ambas arcadas dentarias para obtener modelos de estudio. Para determinar el biotipo facial se empleó el Índice Facial Suborbital de Bimler. La oclusión dentaria se analizó a través de los modelos de estudio montados en articulador, considerando la alineación de los dientes en una relación interarcada tanto en el sector anterior, como en el posterior, en los tres planos: vertical, horizontal y transversal.

Los resultados del presente estudio fueron los siguientes: en el plano vertical, predominó la mordida abierta anterior asociada al biotipo facial mesoprosópico el treinta tres coma tres por ciento (33,3%). En el horizontal, la mayor proporción

correspondió a las categorías Clase I y II de Angle el veintidós coma nueve por ciento (22,9%), asociadas al biotipo facial mesoprosópico y en el transversal, el mayor porcentaje en los pacientes con biotipo facial mesoprosópico, donde la más frecuente fue la mordida cruzada posterior unilateral el ocho coma tres por ciento (8,3%). Se concluye esta investigación no se hallaron suficiente evidencia que permitiera establecer relación estadísticamente significativa entre las alteraciones de la oclusión dentaria, tanto en el plano horizontal como en el transversal) y el biotipo facial en pacientes escolares con hábito de succión digital del pulgar.

Así mismo, en un estudio reciente de Páez, Reyes, Pérez, Espasandin, (2015) sobre **“Hábito de Succión Digital en Niños de Escuelas Primarias Urbanas y una Propuesta de Intervención”** en la Habana Cuba, la población de estudio estuvo integrado por todos niños de las escuelas primarias urbanas de Güines, dispuestos a colaborar para un total de dos mil seis cientos sesenta y siete escolares examinados (2667), el cual su objetivo fue determinar la prevalencia del hábito de succión digital, si existe relación con edad, sexo, tipo de lactancia y frecuencia de ejecución así como elaborar una propuesta de intervención educativa para disminuir su aparición. Éste estudio se realizó en tres etapas: la primera, con un carácter analítico de corte transversal para determinar la prevalencia global y específica del hábito de succión digital y para detectar posibles relaciones con la edad y el sexo, la segunda de carácter descriptivo transversal y retrospectivo para caracterizar al grupo de niños con el hábito, y la tercera de carácter cualitativo para identificar los problemas que propician la aparición del hábito y establecer pautas para la elaboración de estrategias para su erradicación.

De los dos mil seis cientos sesenta y siete escolares examinados (2667), doscientos cuatro niños (204) practicaban el hábito de succión digital para él siete coma seis por ciento (7,6%), mostrando las mayores cifras en el sexo femenino, el tipo de lactancia más frecuente fue la mixta con el 56,5 % y el 80,3 % de los escolares practicaban el hábito en momentos muy aislados. Se proponen técnicas de

identificación de problemas y un programa de acciones de salud. Concluyendo en este estudio que la prevalencia del hábito resultó baja, fue mayor en el sexo femenino y no mostró relación con las edades estudiadas. En los succionadores predominó la lactancia mixta, el tiempo de lactancia materna de 2 a 3 meses y el hábito de forma intermitente.

Finalmente, Carrillo, Tello y Navarrete, (2016), en su estudio titulado: **“Relación de la Succión No Nutritiva con la Maloclusión en Niños Ecuatorianos”** determinó la relación que existe entre los hábitos de succión no nutritiva (HSNN) y la presencia de maloclusiones, en los niños (a) de 5 a 9 años de edad de tres Centro Educativos del Cantón Amboto, Ecuador. Se realizó una investigación transversal donde se evaluaron 435 niños de ambos sexo, se estudiaron las variables relacionadas con las características propias del niño y la duración del hábito con la presencia de HSNN y maloclusión.

Los resultados obtenidos arrojaron una prevalencia del HSNN de cincuenta y dos coma seis por ciento (52,6%), de maloclusiones de treinta y ocho coma seis por ciento (38,6%), el tipo de HSNN más frecuente fue la succión digital con veintiuno coma seis por ciento (21,6%), la maloclusión más frecuente fue la mordida cruzada anterior con el ocho coma siete por ciento (8,7%), en cuanto al sexo, la edad y la duración de hábito no hubo diferencias estadísticamente significativas. Concluyendo que no hubo relación estadísticamente significativa entre los HSNN y la presencia de maloclusiones en niños (a) d 5 a 9 años de edad de los tres centros de educación básica de la ciudad de Ambato.

2.2 Bases Teóricas

Es importante hacer una revisión conceptual de todos los elementos teóricos que intervendrán en la investigación.

2.2.1. Desarrollo Cráneo Facial

Conocer los procesos de desarrollo cráneo facial involucra la correcta armonía entre las estructuras de cara y cráneo para la correcta oclusión dental así como lo define Okeson (2008) " la oclusión es la relación estática de los dientes y constituyen un factor fundamental en todos los aspectos de la dentición" (p.53).

2.2.2. Maloclusión

Sin embargo, existen alteraciones bucales como las maloclusiones que son ser consideradas como un problema de salud, por presentar alta prevalencia, además de provocar impacto social por interferir en la calidad de vida de los individuos afectados.

Según, Garcia, Ustrell y Sentís (2009) refiere la maloclusión como el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. Los factores genéticos y el medio ambiente son los dos factores principales.

Como también, Hellman. (1921) refiere que, los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox, que basaba su clasificación en las relaciones de los incisivos. Tras Fox, muchos autores han propuesto multitud de clasificaciones. Sin embargo, fue Angle el que aportó una clasificación que por su simplicidad ha quedado consagrada por el uso y es universalmente aceptada y conocida por todos.

Por otra parte, Menéndez, (1998) afirma que la clasificación de Angle, es un método apropiado para proponer algún tipo de tratamiento, pero no es un sistema de registros de maloclusión, que sólo describen las relaciones sagitales o anteroposteriores, de las relaciones de las primeras molares permanentes, y se excluye una serie de aspectos tan importantes como las relaciones verticales y transversales, medidas de discrepancia de arcos línea media, grandes anomalías, etc.

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión. Ugalde, (2007)

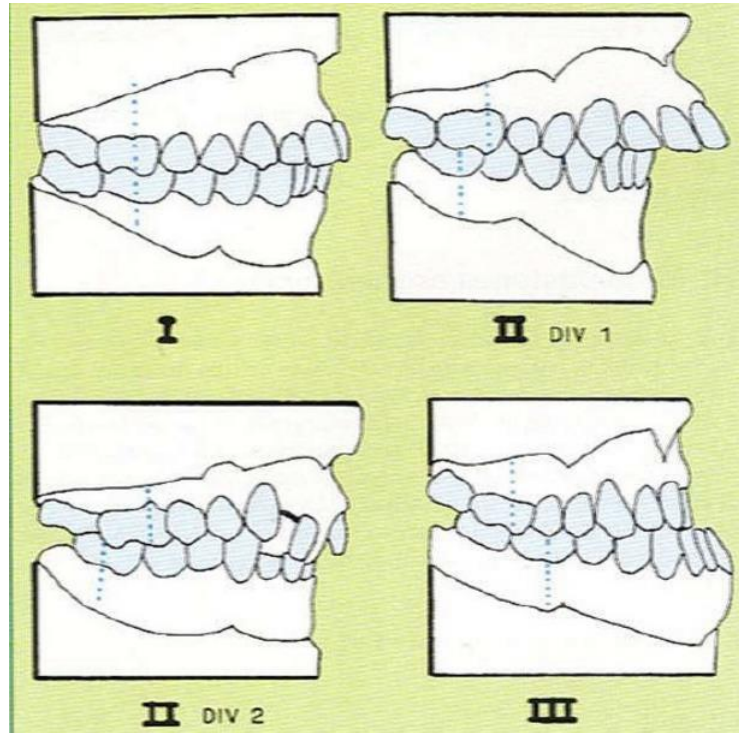
2.2.3 Clasificación de la maloclusión de Angle

Existen 7 posiciones distintas de los dientes con maloclusión que pueden ocupar, las cuales son:

- Clase 1
- Clase 2 división 1
- Subdivisión
- Clase 2 división 2
- Subdivisión
- Clase 3
- Subdivisión

Estas clases están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión. Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión.

Figura 1. Clasificación de Angle



Fuente: Quiros, (2003)

• **Clase 1** Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. En estos casos los labios sirven como un factor constante y poderoso en mantener esta condición, usualmente actuando con igual efecto en ambos arcos y combatiendo cualquier influencia de la lengua o cualquier tendencia inherente por parte de la naturaleza

hacia su auto corrección. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto.

Figura 2. Clase I



Fuente: Ugalde, (2007)

- **Clase 2** Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. Existen 2 subdivisiones de la clase 2, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos.

- **División 1** Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en

oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal.

El sistema neuromuscular es anormal; dependiendo de la severidad de la maloclusión, puede existir incompetencia labial. La curva de Spee está más acentuada debido a la extrusión de los incisivos por falta de función y molares intruidos. Se asocia en un gran número de casos a respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal. El perfil facial puede ser divergente anterior, labial convexo.

Figura 3. Clase II, División 1



Fuente: Ugalde, (2007)

Subdivisión: Mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal es unilateral.

• **División 2** Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores. Generalmente no existe obstrucción nasofaríngea, la boca generalmente tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, pero causan la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior. La forma de los arcos es

más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo.

Figura 4. Clase II, División 2



Fuente: Ugalde, (2007)

Subdivisión Mismas características, siendo unilateral.

• **Clase 3** Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo.

Figura 5. Clase III



Fuente: Ugalde, (2007).

2.2.4. Etiología de las Maloclusiones

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos o ambientales o de ambos. Factores ambientales como hábitos orales, hipertrofia amigdalar y adenoidea, traumas dentales, pérdida precoz de dientes temporales y enfermedades crónicas severas durante la niñez (artritis reumatoidea juvenil de la articulación temporomandibular) pueden favorecer el desarrollo de la maloclusión. (Fernández 2009).

Otros autores Santiso, et, al (2010) refiere los agentes etiológicos de las maloclusiones sugerida en sus inicios por Dockrell y más tarde adoptada por estudiosos prominentes de la Ortodoncia como Mayne, Harvold y Moore; que la causa principal de la maloclusión actúa durante un tiempo en un sitio y produce un resultado. Como no se puede aislar e identificar todas las causas originales, pueden ser estudiadas mejor, agrupándolas de la manera siguiente:

- (a) herencia, (b) causas de desarrollo de origen desconocido, (c) trauma, (d) agentes físicos, (e) hábitos, (f) enfermedad y (g) malnutrición.

Una de las causas ambientales de maloclusión más importante lo constituyen los hábitos de larga duración, que alteran la función y equilibrio normal de los dientes

y maxilares. Los hábitos de presión, interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, entre ellos se encuentran: succión digital, empuje lingual, uso de chupete o biberón y la respiración bucal. (Sakkal 2003).

2.2.5. Hábitos de Succión

El término de succión según Diccionario Medico, Zamora De Elorza, (2005) refiere, acto de recoger sustancia solida mediante la acción de una presión negativa. (p.1202).

En la "Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados" Salvador y Vicent, (2005), plantea lo siguiente:

El recién nacido manifiesta el hábito de succión como reflejo de supervivencia que suele mantenerse más allá tetina o de la alimentación con el pecho de la madre prolongándose por razones de costumbres o aprendizaje. Aunque muchos niños abandonan este hábito alrededor de los tres años, otros buscan la succión de dedo como método para autosatisfacer, vencer el aburrimiento o buscar el sueño. La presencia del hábito más allá de los tres o cuatro años hace que las fuerzas de presión sobre los incisivos alteren, dependiendo de la frecuencia y de la intensidad. (p.35).

2.2.6. Hábitos de succión Digital

Consiste en el chupeteo de cualquier dedo, que puede traer como consecuencia un paladar deformado, anormalmente estrecho y hacia adelante (Morales, 2009).

La succión digital es un hábito perjudicial que puede producir no solo alteraciones de las estructuras dentales y faciales, sino también de las relaciones sociales del niño y su autoestima.

Por lo que, la American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar su cavidad oral. Sin embargo, este hábito finalmente debe

ser interrumpido, porque si continúa después que han erupcionado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión. (Quintero, 2007).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan:

1. Tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito. El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas, tal y como demuestran los estudios de biomecánica. La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral.

Infantil (hasta los tres (3) años), succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico

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

Pre-escolar (de tres (3) a siete (7) años) succión del pulgar clínicamente significativo: si la succión es ocasional, no se manifiestan efectos nocivos en la dentición, pero si es continua e intensa puede producir mal posiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad es reversible en un gran porcentaje. Características:

- ✓ Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- ✓ Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.
- ✓ Definir programas de corrección.

Escolar (de siete (7) a doce (12) años) succión del pulgar no tratada:

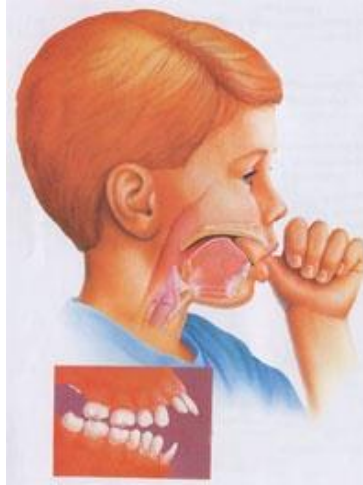
- ✓ La succión en estas edades puede producir malas posiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales, por ello requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito.
2. Número de dedos implicados y su forma de colocación. Lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados. Así mismo, es importante la forma de introducirlo en la boca; si apoya sobre los incisivos inferiores y en este caso, si lo hace la superficie.
 3. Dorsal del dedo (tiene un efecto más nocivo al actuar de fulcro) o la superficie palmar, si alcanza la bóveda palatina.

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

4. Tipos de Succión Digital:

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

Figura 6. Succión del Pulgar



Fuente: Velásquez (2016)

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

Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión. Requiere tratamientos ortodónticos y psicológico (Urrieta, Quirós, Farias y Lerner, 2007).

2.2.7. Influencia de succión en el desarrollo cráneo facial.

Según, Romero, et. al (2004) refiere las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: clase II, mordida abierta anterior, protrusión de incisivos

superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, 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.

Figura 7. Sobremordida Horizontal aumentada y Mordida Abierta.



Fuente: Ugalde, (2007)

Figura 8. Mordida Cruzada



Fuente: Ugalde, (2007)

Figura 9 - 10. Mordida Abierta



Fuente: Ugalde, (2007)

2.3. Definición de Términos Básicos

Con la finalidad de facilitar la comprensión de contenidos en el presente trabajo, se mencionan a continuación los términos especializados:

Alteraciones: Del latín alteratio, alteración es la acción de alterar, cambios en la esencia o forma de una cosa.

Anomalías: Irregularidad, anomalía o falta de adecuación a lo que es habitual, malformación, alteración biológica, congénita o adquirida.

Bilateral: Si la anomalía se presenta en ambos lados.

Cefalometria: técnica de medición de las relaciones entre las diferentes estructuras craneales por medición de telerradiografías.

Clasificación de angle: Sistema de clasificación de maloclusiones, basado en la relación anteroposterior de los maxilares y su dentición.

Clase I normoclusión (molares): Cuando la cúspide mesio- vestibular del primer molar superior, ocluye en el surco mesio- vestibular del primer molar inferior permanente cuando el maxilar está en máxima intercupidación.

Clase II distoclusión (molares): Cuando la cúspide mesio- vestibular del primer molar superior, ocluye distal en relación al surco mesio- vestibular del primer molar inferior permanente cuando el maxilar está en máxima intercupidación.

Clase III mesioclusión (molares): Cuando la cúspide mesio- vestibular del primer molar superior, ocluye mesial en relación al surco mesio- vestibular del primer molar inferior permanente cuando el maxilar está en máxima intercupidación.

Dentición mixta: Se considera tal dentición cuando están los dientes permanentes y primarios, para ello se cuentan el número de dientes presentes, ya que, deben existir 20 dientes primarios y como mínimo los primeros molares permanentes

Distoclusión (Caninos): cuando el canino inferior se encuentra detrás del canino superior, alejándose de la línea media

Hábito: Cualquier comportamiento repetitivo regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

Mesioclusiones (caninos): Cuando el canino inferior se encuentra por delante del canino superior, ubicándose hacia la línea media.

Mordida abierta: Es una mala oclusión en la que los dientes superiores no cubren a los inferiores. Se puede definir como la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas.

Mordida cruzada: La relación de los dientes superiores con los inferiores se encuentra anormal (los dientes superiores no caen levemente sobre los inferiores o

ligeramente por fuera de los molares inferiores). Se pueden dar en el sector anterior, posterior y de forma bilateral o unilateral.

Normoclusion (caninos): el canino superior ocluye entre el primer premolar inferior y el canino inferior permanente, cuando los maxilares están en máxima intercuspidación.

Oclusión: hace referencia a la manera en que los dientes de ambas arcadas encajan cuando se cierra la boca

Ortopedia: Tratamiento para prevenir o corregir de forma mecánica o quirúrgica las deformaciones o desviaciones de los huesos y partes del cuerpo.

Protrusión: desplazamiento de un órgano estructura hacia adelante.

Retrusión: Mal formación de los dientes, especialmente de los anteriores, que ocupan una posición posterior a la línea de la oclusión, desplazamiento de una estructura hacia atrás.

Succión digital: hábito bucal deformante más frecuente en el niño, capaz de producir grandes anomalías dentomáxilofaciales y alteraciones en la función masticatoria.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Es el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden en busca de respuestas del problema y objetivos planteados (Canales 1996).

3.1 Tipos de Investigación

La investigación a desarrollada fue de tipo descriptivo, ya que, centra su atención en comprender la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición de los procesos o fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre, como una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente. (Tamayo y Tamayo, 2004)

3.2 Diseño de la Investigación

Esta investigación tendrá un diseño de campo, este tipo de diseño es aquel donde la recolección de datos es directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna (Arias, 1999). Por lo que, la investigación fue realizada en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez.

Por otro lado, la investigación es modalidad proyecto especial donde se dan soluciones a problemas demostrados o que respondan a necesidades que tengan que ver con el estudio presentado (Manual UPEL 2010), es por ello, que la investigación arrojará resultados referente a Maloclusiones asociadas al Habito de succión digital.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

Según Arias (2006) La población se refiere al conjunto para el cual serán validadas las conclusiones que se obtengan a los elementos o unidades (personas instituciones o cosas) involucradas en la investigación. Donde, la población para efecto de estudio, estuvo conformada por las historias de pacientes que clínicamente, acudieron al servicio de la clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo en el periodo Enero – Julio 2017 siendo un total de doscientos cuarenta y siete niños (247).

3.3.2 Muestra

De acuerdo a Arias (2006),”La muestra es la parte representativa de la población objeto de estudio y por lo tanto refleja las características que definen la población”, en esta investigación es representada por los pacientes con hábitos de succión digital, en el servicio de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero – Julio 2017.

La selección de la muestra se realizó aplicando criterios de exclusión e inclusión de una población de doscientos cuarenta y siete (247) historias, de las cuales solo existen en Registro ochenta y siete (87), haciendo referencia que solo veinte tres (23) de ellas, cumplieron el requisito de estudio, el cual es presentar el hábito de succión digital del dedo pulgar o índice.

3.4 Técnicas e Instrumento de recolección de datos

De acuerdo con Flames (2012) las técnicas de recolección de datos son unas directrices metodológicas que orienta científicamente la recopilación de información, datos u opiniones.

Por lo que, la técnica que se utilizó para la recolección de información de los pacientes fue la observación directa por medio del instrumento lista de cotejo, donde se revisaron para el diagnóstico del estudio ochenta y siete (87) historias clínicas, de las cuales solo veintitrés contaban con los parámetros establecidos.

Primeramente se hizo la clasificación planificada de Historias Clínicas, de los pacientes, luego se procedió a verificar la presencia del hábito y con cual dedo se realiza, cumpliendo con los parámetros de estudios. A continuación se aplicó una lista de cotejo (Anexo A), y la toma y observación de fotografías correspondientes para medir los parámetros establecidos.

3.5 Técnica de Análisis de Datos

Una vez recolectada la información, se procedió a la aplicación de una estadística descriptiva realizando un análisis de frecuencias absolutas y porcentuales a través de tablas y gráficos, donde se demuestra lo referente a la succión digital y Maloclusión.

3.6 Fases Metodológicas

I.- Diagnóstico de la situación actual de las maloclusiones en pacientes con dentición mixta a consecuencia del hábito de succión digital

Primeramente se hizo la clasificación planificada de Historias Clínicas, las cuales contienen información de los pacientes y registros fotográficos, se utilizó como técnica la observación directa, a través de una lista de cotejo (Ver Anexo A).

II.- Identificar el tipo de maloclusiones a consecuencia de succión digital del dedo pulgar o índice

Se procedió a verificar la presencia del hábito, identificando el uso del dedo (pulgar o índice) de los pacientes, y que tipo oclusión presentan los mismos.

III.- Análisis de los resultados obtenidos los tipos de maloclusiones y tipo de succión digital.

A través técnica de la observación directa y de su instrumento lista cotejo, se levantaron tablas y gráficos de los resultados obtenidos, en cuanto habito de succión digital, tipo de maloclusión y las alteraciones relacionadas el hábito de succión digital.

3.7 Sistemas de variables

Según, Briones (2004), En los sistemas de variables se observa que las investigaciones, de acuerdo a sus objetivos, están compuestas por variables que se interrelacionan; por ello, la noción de sistema de variables proporciona un significado específico de lo que se pretende estudiar y de allí, la necesidad de sistematizarlas u operacionalizarlas. Como se verifica en el esquema metodológico que se presenta en el cuadro 1. Relacionado a la Operacionalizacion de las variables en cuanto al tipo de maloclusiones relacionadas al hábito de succión digital del pulga o índice.

Cuadro 1. Operacionalización de variables.

Objetivo General. Evaluar los tipos de maloclusiones asociadas al hábito de succión digital del pulgar o índice en niños con dentición mixta de la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero – Julio 2017.					
Objetivos Específicos	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Instrumento
Diagnosticar la situación actual de las maloclusiones en pacientes con dentición mixta a consecuencia del hábito de succión digital.	Succión digital	Habito de succión digital	Presencia habito de succión digital Dedo pulgar Dedo índice Duración o intensidad	1,2,3	Observación directa (Lista de cotejo)
Identificar el tipo de maloclusiones a consecuencia de succión digital del dedo pulgar o índice.	Maloclusiones	Tipo de maloclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I de Angle • Clase II de Angle: Subdivisión 1 • Clase II de Angle: subdivisión 2 • Clase III de Angle 	4,5,6,7	
Analizar los resultados obtenidos los tipos de maloclusiones y tipo de succión digital.	Alteraciones	Variaciones relacionadas al hábito de succión digital	<ul style="list-style-type: none"> • Mordida cruzada posterior • Mordida cruzada anterior • Protrusión de los incisivos • Retroinclinación de incisivos inferiores • Aumento de resalte. • Sobremordida. 	8,9,10,11,12,13,14	

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos según la lista de Cotejo en el método de observación aplicado en los pacientes consultados veintitrés (23), evaluando la Succión Digital, los tipos de Maloclusiones asociadas al hábito de Succión Digital y las Alteraciones con Dentición Mixta, que tuvo lugar en la Clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo de Enero – Julio 2017, a continuación se presentan las variables, dimensiones e ítems según las respuestas obtenidas de las observaciones realizadas.

1ª Variable: Succión Digital

Dimensión: Hábito de Succión digital

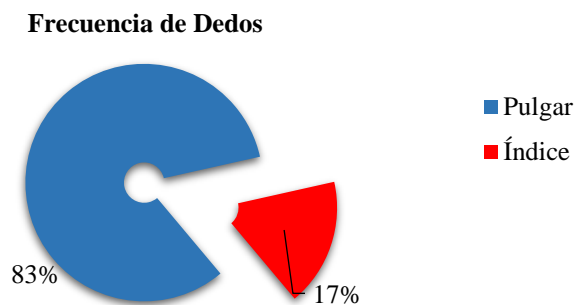
Ítem: 1, 2 (ver anexo A).

Cuadro 2. Dedo más expuesto.

Dedos	Frecuencia	Porcentaje
Pulgar	19	83%
Índice	04	17%

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfico 11. Dedo más expuesto.



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: según en el cuadro 1/Grafico 11 se refleja que el dedo pulgar tiene un porcentaje mayor de incidencia en la muestra con la cual se trabajó en relación al dedo, como lo expone (Urrieta, y otros 2007) los cuales expresan que lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados.

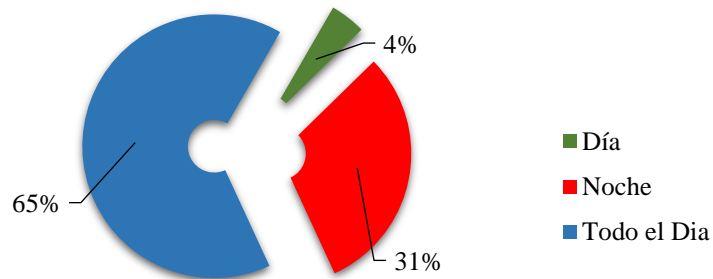
Item: 3. Duración y frecuencia.

Cuadro 3. Duración y frecuencia.

Duración y frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Día	1	4%
Noche	7	31%
Todo el Día	15	65%

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfico 12. Duración y frecuencia



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: Según en el cuadro 3/Grafico 12 En lo que respecta a la duración y frecuencia, las observaciones reflejan una mayoría de pacientes con habito permanente, seguido a los de frecuencia nocturna. Estos resultados ponen en mayor riesgo a la muestra de incrementar la severidad de su maloclusión con base a los

comentarios de Urrieta, Quirós, Farias y Lerner, 2007 en donde el tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas.

2ª Variable: Maloclusiones

Dimensión: Tipo de Maloclusiones

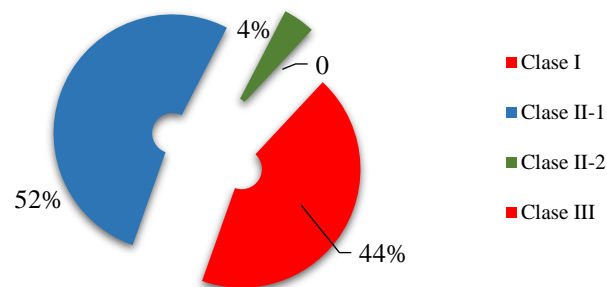
Ítems: 4, 5, 6 y 7.

Cuadro 4. Tipo de Oclusión.

Tipo de Oclusión	Frecuencia	Porcentaje
Clase I de Angle	10	44%
Clase II de Angle: Subdivisión 1	12	52%
Clase II de Angle: Subdivisión 2	1	4%
Clase III de Angle	0	0

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfico 13. Tipos de Oclusión



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: en el cuadro 4/Gráfico 13, los tipos de Maloclusiones presentes en la muestra estudiada, en relación a clasificación de Angle, reflejan una alta prevalencia de maloclusiones Clase II Subdivisión 1, seguido de la Clase I y solo un paciente presento Clase II subdivisión 2 dejando saber que la más común de presentar es la clase II subdivisión 1 como lo expresa Romero, et al (2004) refiere las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: clase II, como se mencionó anteriormente la más prevalentes.

3ª Variable: Alteraciones

Dimensión: Variaciones relacionadas al hábito de Succión Digital

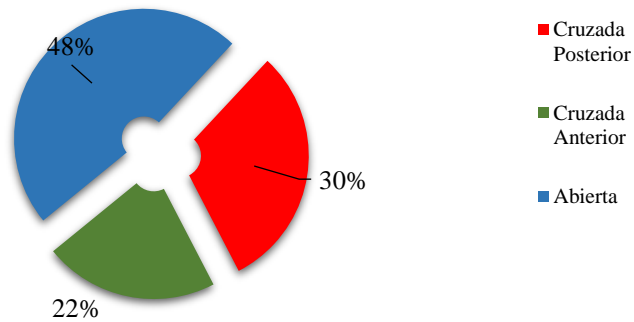
Ítems: 8, 9 y 13.

Cuadro 5. Tipo de Mordida.

Tipos de mordida		Frecuencia	Porcentaje
Mordida Cruzada Posterior		7	30
Mordida Cruzada Anterior		5	22
Mordida Abierta		11	48

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfico 14. Tipos de Mordida



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: en el cuadro 5/Gráfico 14, en cuanto a las Alteraciones y Variaciones relacionadas al hábito de Succión Digital en los pacientes se refleja, un predominio de la mordida abierta, la mordida cruzada posterior y anterior también es medianamente consecuentes y en menor medida la mordida cruzada anterior como lo refiere Romero, et. al (2004) que las 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.

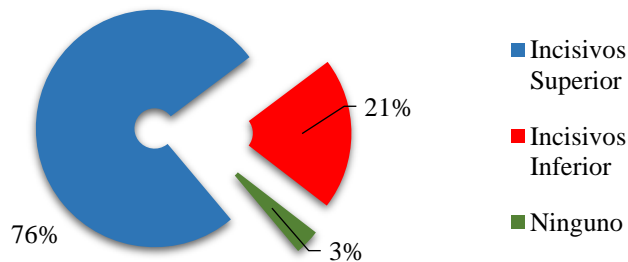
Ítem: 10, 11. Protrusión y Retroinclinación de incisivos

Cuadro 6. Protrusión y Retroinclinación de incisivos.

Dientes	Frecuencia	Porcentaje
Incisivos Superior	22	76%
Incisivos Inferior	6	21%
Ninguno	1	3%

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfico 15. Protrusión y Retroinclinación de incisivos



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: en el cuadro 6/Gráfico 15, en cuanto a las Alteraciones y Variaciones relacionadas al hábito de Succión Digital y Protrusión / Retroinclinación de incisivos en pacientes, se refleja que la protrusión de incisivos superiores es mucho más recurrente por el mismo hábito debido a la posición del dedo y estos a su vez presentan casos en un menor porcentaje de Retroinclinación de incisivos inferiores debido a lo mismo, la posición del dedo, escasamente no padecen de esta alteración, por lo que, Romero, et. al (2004) expresan que las maloclusiones no se producen solamente por la presión directa que sobre las arcadas ejerce el dedo, sino que su avance también se ve favorecido por la modificación del ejercicio de la musculatura que produce el hábito.

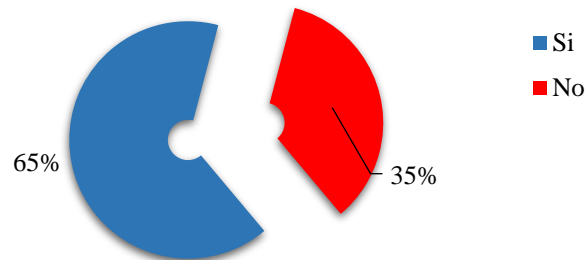
Ítem: 12 Aumento Resalte

Cuadro 7. Aumento Resalte.

Aumento y Resalte	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	65%
No	8	35%

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfico 16. Aumento Resaltante.



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: en el cuadro 7/Gráfico 16, en el Aumento de Resalte de pacientes observados en la Historias Clínicas se pudo constatar que la gran mayoría de los casos con el hábito de succión digital logran desarrollar a consecuencia del mismo un aumento en el resalte de mordida, también Romero, et. al (2004) refiere las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: clase II, mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, Retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, paladar ojival y mordida cruzada como se mencionó anteriormente.

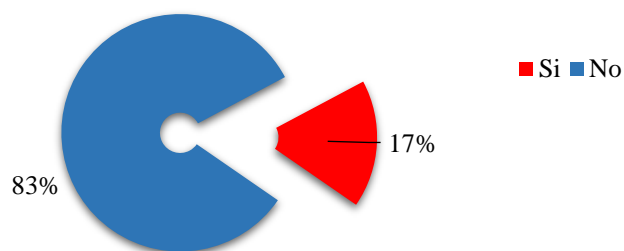
Ítem: 14. Sobremordida

Cuadro 8. Sobremordida.

Sobremordida	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	17%
No	19	83%

Fuentes: García, Díaz (2017)

Gráfica 17. Sobremordida.



Fuentes: García, Díaz (2017)

Análisis: en la Tabla/Gráfico 7, es evidente presentar sobremordida cuando se padece de tal hábito, rara vez no se desarrolla sufriendo de succión digital en los casos estudiados, como lo describe Romero, et. al (2004) refiere a las maloclusiones que se describieron anteriormente sobre la mordida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión

Para las condiciones la muestra estudiada y los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir:

- ✓ Los pacientes presentes en la clínica de ortopedia y ortodoncia fueron diagnosticados con maloclusiones originadas por el hábito de succión digital.
- ✓ Se presentó que la mayoría de pacientes padecen del habito con el dedo pulgar mientras que la parte restante lo posee con el dedo índice
- ✓ Se observó que una tercera parte de los pacientes tienen succión digital clase I, tipo 1.
- ✓ Se evidencio que la gran mayoría de los pacientes con succión digital presentan clase II, división 1.
- ✓ Se logró concluir que la muestra estudiada presenta maloclusiones Clase I y Clase II división 1, en pacientes con dentición mixta que poseen el hábito de succión digital del dedo pulgar o índice causando las siguientes alteraciones, como: mordida abierta, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, sobremordida, protrusión de los incisivos, Retroinclinación de incisivos inferiores.

Recomendaciones

- ✓ Primeramente hablar con los niños del hábito de chupar dedo y explicarle las consecuencias en la cavidad oral, posteriormente se aconseja hablarle a los padres con el niño presente.
- ✓ Intentar elevar su autoestima y motivarlo a que deje hábito, dejándole saber que está creciendo y por ende no debe chuparse el dedo.
- ✓ Buscarle sustitutos al hábito de succión digital del dedo pulgar o índice, a través de actividades, como tocar instrumentos musicales, charlas, cuentos, que lo distraigan y entretengan para que olvide chupar el dedo.
- ✓ Ofrecerle recompensas, siempre acompañadas de elogios, por disminuir o suprimir el uso del dedo.
- ✓ Marcarle límites al niño sobre el uso del dedo, para que de esta manera vaya dejando el hábito y así finalmente no desarrolle maloclusiones
- ✓ Hacerle seguimiento al caso para evitar posibles reincidencias del hábito

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, F. (2006), **El Proyecto de investigación**. Caracas – Venezuela, Editorial Epísteme.
- Angle E.H.: **Classification of the teeth**. Dental Cosmos 1899-41: 248-264, 350-357.
- Briones, G. (2004). **Metodología de la investigación cuantitativa en las Ciencias Sociales**. 4a edición. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Carrillo M, Tello G, Navarrete N, (2016), **Relación de la Succión No Nutritiva con la Maloclusión en Niños Ecuatorianos**. Catón Ambato-Ecuador. <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/ODONTOLOGIA/article/view/116/13-19>
- De Elorza, G (2005) **Diccionario Medico Zamora**. Caracas – Venezuela.
- Fernández F (2009). **Prevención de las maloclusiones**. Granada, España. <https://www.gacetadental.com/2009/04/prevencion-de-las-maloclusiones-31045/>
- Garcia, Ustrell y Sentís (2009) **Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona**. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2010) **Manual de Trabajos de Grado y Maestría y Tesis Doctorales**. Caracas Venezuela
- Menéndez W, (1998) **Clasificación de la maloclusión** Lima Perú. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/1998_n2/clasif.htm 1998.
- Morales L, (2009). **Succión digital**. <https://www.gacetadental.com/2009/03/hbito-de-succin-digital-y-maloclusiones-asociadas-31358/>
- Okeson J (2008) **Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares**. Madrid - España.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) **Constitución**. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), **Centro de prensa**. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- Páez Y, Reyes V, Pérez K, Espasandín S, (2015) **Hábito de Succión Digital en Niños de Escuelas Primarias Urbanas y una Propuesta de Intervención**. Habana Cuba.
- Pardo de Miguel. et. (2004). **Succión digital en dentición temporal y mixta**.
- Quintero, A., (2007) **Succión digital y funcionamiento familiar en niños**. Cuba. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/290/442>

- Quirós, A, (2003). Quirós A. Oscar. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC Acta odontológica. N° 41 - 1 - 2003
http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/13.asp
- Quirós O. (2008) **Bases Biomecánicas y Aplicaciones Clínicas en Ortodoncia Interceptiva**. Caracas. Actualidades Médicas Odontológicas Latinoamericana, C.A.
- Romero M, et. al (2004) **Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta**. Murcia - España. <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n1/clinico1.PDF>
- Sakkal, R (2003). **Importancia de la interacción Genética-Ambiente en la Etiología de las Maloclusiones**
- Salvador y Vicent, (2005), **Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados**. Editorial Nau llibres, Valencia - España.
- Santiso A, et, al (2010), **Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal**, Cuba.
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_sup11_10/pdf/t17.pdf
- Tamayo y tamayo, Mario. (2004). " **El proceso de la investigación científica**" Limusa Noriega Editores. México.
- Ugalde, F. (2007) **Clasificación de las maloclusiones en los Planos Anteroposterior, Vertical y Transversal**. Revista ADM, Ciudad de Mexico, Edit. Artemisa.
- Urrieta, Quirós, Farias y Lerner (2007) **Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura**. Caracas – Venezuela
- Velásquez (2016) **Problemas Dentales Infantiles**. Madrid, España
- Vega A, Yanez L, Urdaneta M, Villalobos Y, (2006) " **Habito de succión digital del pulgar y comportamiento del sistema estomatognático según biotipo facial**" Maracaibo Venezuela.
- Vidal, (2006) **Placa con resortes helicoidales para dientes en giroversión**.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19204/1/ROSADOisrael.pdf>

A N E X O S

Anexo A Observación Directa - Lista Cotejo



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Evaluar la presencia de maloclusiones a causa del hábito de succión digital que acuden a consulta o que asisten a la consulta de la clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez en el periodo Enero- Julio 2017.

Instrucciones: Marque con una (x) características del hábito de succión digital, el tipo de oclusión en dentición mixta y el tipo de alteración.

Nombre:

Nº Historia

Apellido:

Edad:

Ítems	SI	NO
HABITÓ DE SUCCIÓN DIGITAL		
1. Dedo Pulgar		
2. Dedo Índice		
3. Duración y frecuencia Día () Noche () Todo el día ()		
TIPO DE OCLUSIÓN	SI	NO
4. Clase I de Angle		
5. Clase II de Angle: subdivisión 1		

6. Clase II de Angle: subdivisión 2		
7. Clase III de Angle		
ALTERACIONES RELACIONADAS AL HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL		
8. Mordida Cruzada Posterior		
9. Mordida Abierta		
10. Protrusión de los incisivos superiores		
11. Retroinclinación de incisivos inferiores		
12. Aumento de Resalte		
13. Mordida Cruzada Anterior		
14. Sobremordida		

Fuente: Díaz, García (2017).